Die allgemeinen Krankenhäuser Württembergs

nach ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde.

Der Königl. Staatswissenschaftlichen Fakultät in Tübingen

vorgelegt von

Otto Gaupp,
Amtmann in Stuttgart.

Borna-Leipzig
Buchdruckerei Robert Noske
1905.

Referent: Herr Professor Dr. **Ludwig von Jolly**, Tübingen.

Seiner Mutter

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

Inhaltsverzeichnis.

		Seite
I.	Einleitung	7
II.	Die Entwicklung der Krankenhäuser bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts	10
III.	Die Entstehung von Krankenhäusern im 19. Jahrhundert	25
IV.	Die Ursachen der neueren Bewegung im Krankenhauswesen	31
V.	Die sozialen Aufgaben der Krankenhäuser	43
VI.	Die Verteilung der Krankenhäuser innerhalb des Landes und ihre Verhältniszahl zur Bevölkerung	52
VII.	Die Krankenhauspfleglinge nach Zahl, Stand, Geschlecht, Lebensalter und Beruf	61
VIII.	Das ärztliche und das Pflegepersonal in den württembergischen Krankenhäusern	68
IX.	Verwaltung und Aufsicht	75
X.	Der innere Dienst in den Krankenhäusern (Verköstigung, Aufnahme und Entlassung der Kranken)	79
XI.	Die Kosten der Errichtung und des Betriebs der Krankenhäuser	85
XII.	Die für die Krankenhäuser maßgebenden Vorschriften	90

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547018_0063

I. Einleitung.

I. Es bedarf kaum des Hinweises, daß sich die gesamte Krankenfürsorge gegenwärtig, sowohl in Württemberg, als in den andern deutschen Staaten, in einem sehr erfreulichen Aufschwung befindet, welcher sich in erster Linie in dem von allen Seiten mit Eifer und Erfolg betriebenen Ausbau ihrer verschiedenen Hilfsmittel äußert. Nachdem sich die moderne Krankenpflege in vielfacher Hinsicht ganz andersartige und viel weitergehende Aufgaben gestellt hat, als diejenige früherer Zeiten, ist es nur eine natürliche Konsequenz, daß man heute auf eine reichere Ausgestaltung und Vervollkommnung der zur Erfüllung der erweiterten Aufgaben nötigen Hilfsmittel besonderen Wert legt. Unter den letzteren nehmen eine hervorragende, vielleicht die wichtigste Stelle die Krankenhäuser ein.

Nach den neuesten Feststellungen hat die Zahl der württembergischen Krankenhäuser am Schluß des Jahres 1903 die Höhe von 163 erreicht. Ein Vergleich mit dem Stand der Krankenhäuser in früheren Jahrzehnten ergibt, daß Württemberg bis zum Jahr 1850 nur über 42 Krankenhäuser verfügte, daß sich die Zahl der Krankenanstalten bis zum Jahr 1870 in dem kurzen Zeitraum von 20 Jahren um 49 d. h. um mehr als das Doppelte vermehrte und in den letzten drei Jahrzehnten die erhebliche Zunahme von weiteren 72 Krankenhäusern erfahren hat. Berücksichtigt man ferner, daß seit 1870 fast bei sämtlichen älteren Krankenanstalten eine räumliche Erweiterung stattgefunden hat und daß neue

Anstalten vielfach an die Stelle von veralteten Instituten traten, so ergibt sich, daß in verhältnismäßig rascher Zeitfolge unser württembergisches Krankenhauswesen eine Umgestaltung erfahren hat, wie dies vordem zu keiner Zeit der Fall war.

Allein nicht nur auf den Bestand der württembergischen Krankenhäuser war diese Zeit von Einwirkung; eine nähere Prüfung der Vorgänge zeigt, daß auch die gesamten Betriebsverhältnisse der Krankenhäuser dem Einfluß dieser Zeit unterworfen waren, und daß dieselben Momente, welche eine Vermehrung jener Anstalten zur Folge hatten, den Krankenhäusern auch neue und erweiterte Aufgaben und Gebiete ihrer Tätigkeit eröffneten und dazu führten, daß dieselben an Ansehen und Bedeutung im Staatsleben eine gegen früher wesentlich veränderte Stellung einnehmen. Waren die alten Spitäler wenig beliebte und wenig geachtete Asyle und Versorgungsanstalten für arme, kranke und gebrechliche Leute, so sind unsere heutigen Krankenhäuser als eigentliche Heilanstalten volkswirtschaftlich bedeutsame Institute, welche unter den Einrichtungen zur Hebung der Volksgesundheit eine hervorragende Stelle einnehmen.

Das 19. Jahrhundert zeigt uns, wie nach einer langen Zeitfolge des allgemeinen Niederganges das deutsche Volk sich nicht nur wiederfindet in politischer und volkswirtschaftlicher Sammlung und Kraft, sondern daß es auch von neuem erstarkt in seinem sittlichen Vermögen, indem es die Werke der Nächstenliebe und der Fürsorge für die Kranken in außerordentlich reger Weise übt. Angesichts der sozialen und sittlichen Not, die als eine mittelbare und unmittelbare Folge des heutigen kapitalistischen Produktionsprozesses, des Anwachsens der Industriezentren angesehen werden muß, stellt sich die Ausbildung der Krankenpflege als eine Reaktion der edelsten Volkskräfte gegen wirtschaftlichen und sittlichen Verfall

dar. Es erinnern uns diese Bestrebungen am Ende des 19. Jahrhunderts an die Charitas der ersten christlichen Kirche, die jahrhundertelang das beste Heilmittel gegen das große Elend der römischen Kaiserzeit war.

Es wird Aufgabe dieser Arbeit sein, neben einem Überblick über die geschichtliche Entwicklung der anstaltsweisen Krankenbehandlung die Ursachen festzustellen, welche auf die Gestaltung des heutigen Krankenhauswesens von Einfluß waren, und die heutigen Betriebsverhältnisse der württembergischen Krankenhäuser, soweit ihnen eine volkswirtschaftliche Bedeutung zukommt, zur Darstellung zu bringen. Die Untersuchung wird die kulturhistorische und medizinisch-technische Seite der Frage unberührt lassen und innerhalb der Unterscheidung der Krankenhäuser als allgemeine und Spezialkrankenhäuser nur die ersteren umfassen.

II. Dem Charakter des allgemeinen Krankenhauses entspricht es, daß den verschiedensten Disziplinen der ärztlichen Wissenschaft angehörige Erkrankungsformen dort Aufnahme finden. Chirurgische, innere, gynäkologische Fälle finden sich im allgemeinen Krankenhaus nebeneinander vertreten; Personen beiderlei Geschlechtes, Menschen jeglichen Alters und jeglichen Standes finden dort Aufnahme und bedingen durch die Verschiedenartigkeit der Ansprüche und der Krankheiten nicht zum geringsten Teil die Schwierigkeiten einer zweckmäßigen Verwaltung des allgemeinen Krankenhauses.

Die Aufgaben, welche heute das Krankenhaus zu erfüllen hat, sind einmal praktisch ärztliche, soweit sie auf die Behandlung d. h. Heilung und Erleichterung der Krankheit hinzielen, sodann allgemeine humane und sanitäre im weiteren Sinn, von welchen sich auch die sozialen und volkswirtschaftlichen nicht trennen lassen.

In Hinsicht auf diese Ziele hat das Krankenhaus nicht nur die Aufgabe, für die einzelnen Kranken zu sorgen, sondern

auch ganzen großen Kategorien der Bevölkerung, namentlich den minderbesitzenden Klassen die Wohltaten der Behandlung und Verpflegung in so ausgedehntem und vollkommenem Maße zuteil werden zu lassen, wie dies in ihren häuslichen Verhältnissen ausgeschlossen ist.

III. Verfolgen wir nun die Entwicklung des württemb. Krankenhauswesens aus ältester Zeit, so finden wir, daß sie im engsten Zusammenhang steht mit der Ausbildung der Armenpflege in Württemberg, dessen wesentlichsten Inhalt und Ausfluß sie lange Zeit hindurch bildete. Entsprechend dem Grundsatz, der die sozialen Anschauungen unseres Staates bis in die neueste Zeit beherrschte, und der darin gipfelt, daß eine allgemeine Fürsorge in Krankheitsfällen nur bezüglich solcher Leute anerkannt wurde, welche aus irgend einem Grund der häuslichen Pflege ermangelten und zugleich vermögens- und hilflos waren, bestanden die Insassen unserer älteren Spitäler vornehmlich aus Armen.

II. Die Entwicklung der Krankenhäuser bis zum Anfang des 19. Jahrhunderts.

1. Die Krankenpflege ruhte in ältester Zeit in Württemberg in den Händen der Kirche. Die Nächstenliebe schloß das Gebot der Armenunterstützung in sich, und zwar waren es zuerst die Klöster, welche zur Unterbringung der Kranken Anstalten trafen. Durch Konzilienbeschlüsse und die Satzungen ihrer Kapitel waren sie verbunden, Spitäler zu errichten oder wenigstens Krankenhäuser zu unterhalten, weshalb wir auch unter der Zahl der Mönche einen Hospitalarius, Spitalmeister, und einen Infirmarius, Siechenmeister, finden. Ein Krankenhaus des Klosters (infirmaria) bestand in der Regel aus mehreren zusammenhängenden Häusern, damit die Kranken je nach ihrer Krankheit gesondert untergebracht werden konnten

und keiner den andern belästigte. Anfangs hatten nur Kloster-angehörige Aufnahme zu gewärtigen.[1]) —

So hatte das 1093 erbaute Kloster Ochsenhausen ein Spital, das 1628 beim Ausbruch der Pest eine große Rolle spielte.[2]) Das um 1116 gegründete Chorherrnstift in Backnang hatte 1122 bereits ein Spital.[3]) 1174 klagte Elisabeth von Wurmlingen, die Meisterin des Frauenkonvents in Marchtal, daß der Krankendienst in ihrem Kloster schlecht besorgt werde. Das Kloster Bebenhausen erhielt 1200 für sein Spital und seine Armen einen Hof in Walddorf (O.-A. Tübingen) vom Pfalzgraf Rudolf von Tübingen geschenkt. Die Infirmaria — sie steht heute noch — in welcher die Kranken verpflegt wurden, wurde nach den annales Bebenhausen von Abt Friedrich (1281—1303) erbaut.

Abt Bernhard von Hirsau erbaute 1476 ein Siechen- und Krankenhaus. Am 7. November 1347 verlieh Kaiser Karl IV. dem Kloster Ellwangen für sein Spital besondere Freiheiten; Spitalverwalter war immer ein Konventual des Klosters. 1892 wurde das Spital neu geordnet und besteht noch heute.[4])

Auch in den andern Klöstern des Landes wurde die Krankenpflege geübt. Krankenhäuser und Apotheken dienten diesem Zweck, und manches der vielen Klöster barg unter seinen Insassen tüchtige Ärzte, die segensreich wirkten.

In den Klöstern hat sich die Krankenpflege teilweise bis zur Säkularisierung forterhalten.

2. Außer von seiten der Klöster hatte die anstaltsweise Krankenpflege in Württemberg seit ältester Zeit eine Stütze an der Fürsorgetätigkeit der geistlichen Orden.

Der Johanniterorden hatte bereits 1228 in Hall ein geistliches Spital, eine klösterliche Anstalt mit Hospitalbrüdern aus dem Johanniterorden gegründet, der dort eine eigene Commende errichtete.[5]) Die Zahl der Kranken durfte zwanzig nicht übersteigen, Blinde und Lahme waren ausgeschlossen, ebenso unheilbare Kranke

---

[1]) Württembergische Kirchengeschichte S. 123.
[2]) Kurze Geschichte des vormalig. Reichsstiftes Ochsenhausen S. 11 ff.
[3]) Württembergische Kirchengeschichte S. 129.
[4]) Oberamtsbeschreibung Ellwangen S. 334, 442, 532.
[5]) O.-A.-Beschreibung Hall S. 139 und württ. Kirchengesch. S. 173.

(aegritudine continue laborantes).[1]) 1317 trat indessen der Johanniterorden dem Rat der Stadt Hall das Spital mit dem größten Teil der Rechte ab. Sonst nahm der Johanniterorden an der Krankenpflege in Württemberg keinen Anteil.

Daneben entfaltete der Deutschorden seine Tätigkeit in Württemberg. Am 16. Dezember 1240 wurde in Mergentheim von der Komturei dieses Ordens ein Spital gestiftet, welches zu großer Entfaltung gelangte und noch heute besteht.[2])

3. Nächst diesen übernahmen die Beguinen, welche sich im 13. Jahrhundert über Deutschland verbreiteten, die anstaltsweise Krankenpflege. Sie lebten in Gruppen nicht unter zwölf Personen unter einer Meisterin zusammen. Ein Spital, eine Kirche oder ein Betsaal bildete den Mittelpunkt ihrer Tätigkeit. Sie ernährten von dem Erfolge ihrer Arbeit sich selbst und die Spitäler.

Nach dem Gesagten gebührt der Kirche das Verdienst, sich zuerst ernstlich der Pflege kranker Nebenmenschen und der Übernahme in eigene Fürsorge gewidmet zu haben. Beschränkte sich die Krankenpflege in den infirmariis in der Hauptsache auch auf deren Insassen, so stellten die Mönche doch ihre medizinischen Kenntnisse auch den Laien zur Verfügung. Besonders aber haben die weiblichen Orden durch Jahrhunderte hindurch treu und mit Aufopferung die Kranken gepflegt. Der Fürsorge gegenüber den von ekelerregenden Krankheiten Heimgesuchten unterzogen sie sich willig um „Gottes Lohn" in den Seelhäusern.

4. Im 13. Jahrhundert tauchten da und dort selbständige Spitäler auf. Auch sie hatten wenigstens im Anfang einen religiösen und kirchlichen Charakter und Zuschnitt, obgleich ihre Stiftung und Ausstattung von der Bürgerschaft ausging. Sie waren der Verpflegung armer, alter und gebrechlicher Leute, der Heilung Kranker, auch der

[1]) Württ. Kirchengeschichte S. 137.

[2]) O.-A.-Beschreibung Mergentheim S. 335.

Aufnahme armer Reisender, namentlich Pilgrime gewidmet. Meister (Magister oder rector), später Spitalvater und Spitalmeister genannt, und Pfleger (Brüder) solcher Anstalten lebten nach Ordensregeln. Ihnen zur Seite traten da und dort Schwestern auf.

Besonders häufig führten diese Spitäler den Namen Heiliggeistspitäler, weil sie dem heiligen Geiste gewidmet waren. Der Name des heiligen Geistes wurde einem Spital beigelegt nach den einen, weil der heilige Geist der Tröster und Urheber aller guten Werke ist, nach den andern war der heilige Geist als Prinzip der christlichen Charitas am besten namengebend für ein solches Spital.[1])

Das älteste Heiliggeistspital entstand in der Reichsstadt Ulm.[2]) Nach einer Urkunde von 1240 nahm König Konrad IV. das Spital in seinen und des Reiches Schutz und erlaubte jedwedem, sich mit seiner beweglichen Habe zum Dienst der Armen dorthin zurückzuziehen. Die Verwaltung des Spitals, welches durch Stiftungen aller Art zu großem Reichtum gelangte (abundans in possessionibus, villis, praediis, censibus, decrimis et quotidianis eleemosynis), wurde vom Bürgermeister und Rat organisiert. An der Spitze stand der Meister (Spitalmeister, auch kurz Spitaler genannt). Ihm zur Seite stand der Kaplan, ein Priester, auch Geselle des Spitalherrn genannt; den Dienst im Spital besorgten Brüder und Schwestern. Jeder neue Meister mußte sich als Präbendar gegen den Rat verschreiben, daß er sich nicht in die Geschäfte des Schaffners und der Pfleger mischen wolle, daß er nichts ohne Willen des Rats vornehmen wolle. Dem Spital wird anläßlich der Verleihung eines Privilegs durch Kaiser Sigmund i. J. 1437 nachgerühmt, daß „Pilgrime, Landfahrer, Dürftige, Kranke und Elende aller Art in großer Anzahl Hilfe und Unterhalt darin fanden. Eine Spitalordnung von 1403 bestimmt: Ein Hofmeister und ein Kellermeister und ein Baumeister haben die zeitlichen Angelegenheiten des Spitals zu besorgen. Alle

[1]) P. v. Stalin I 355—356, württ. Kirchengesch. S. 173—174; V. Ernst in Württ. Vierteljahrsbuch N. F. VI S. 4—5.

[2]) Schultes Chronik v. Ulm S. 27 u. Jäger, Ulm.

Samstag nachmittag habe der Pfleger, der für die Beschaffung der Lebensmittel zu sorgen hatte, dem Hofmeister in Gegenwart des Kellermeisters anzuzeigen, was die Woche über an Fleisch, Schmalz und Wein eingekauft war. Eine Schwester hatte die Kranken zu warten; für die Besorgung der Siechen wurde ein eigener Siechmeister angestellt, der täglich nach den Kranken derselben zu sehen und dafür zu sorgen hatte, daß namentlich denen, welche besonderer Pflege und besserer Speisen bedurften, nichts abging. Auch dachte man daran, ob nicht ein eigener Arzt gegen eine kleine Entschädigung für seine Mühe eingestellt werden könne. Wann dieser Gedanke in der Folgezeit zur Verwirklichung kam, läßt sich mit Bestimmtheit nicht ermitteln. Erst 1653 wurde festgesetzt, daß die verordneten Stadtphysici das Spital, das Seelhaus und Brachhaus der Gebühr nach versehen. Als 1737 das collegium medium eine Ordnung erhielt, hatte der zweite Stadtphysikus neben dem Senior das Spital zu versehen.

Für die Kranken im Spital wurde vom Jahre 1786 an vorzügliche Sorgfalt getragen, indem ihnen nicht nur besondere, für Kranke dienliche Speisen gegeben, sondern auch alle mögliche Wartung und Pflege sichergestellt wurde. Zwei aus dem collegium medium bestimmte Doktoren hatten sie zu bestimmten Tagen und Stunden zu besuchen, in schweren Fällen auch außerhalb dieser Zeit; sie erhielten die beste Arznei.

Im Seelhaus, wo früher ansteckende Kranke verpflegt worden waren, wurden damals anatomische Sektionen vorgenommen.

Zweige der Anstalt waren vormals und sind es zum Teil noch heute: Das fallende Haus (für Epileptische), das unsinnige Haus (für Geisteskranke) und das Kindbettstüblein. Die Verwaltung stand 1838 wie heute noch unter der Aufsicht des Stiftungsrats bezw. des Gemeinderats und des Oberamts und wird vom Hospitalpfleger, Spitalverwalter ausgeübt. Es besteht noch heute und besitzt eine innere und chirurgische Abteilung.[1])

Die erste sichere Nachricht vom Spital in der Reichsstadt Biberach[2]) fällt in das Jahr 1258. Eine etwa aus dem Jahr

---

[1]) J. Haid, Ulm und sein Gebiet 1786 S. 274.

[2]) Württemb. Urkundenbuch 5 S. 269 und Dr. Viktor Ernst, Das Biberacher Spital bis zur Reformation. Württemb. Vierteljahrshefte f. Landesgeschichte neue Folge 6. Jahrg. S. 1.

1260 stammende Urkunde über die Gründung des Spitals, über die früheren Vergebungen, seine Aufnahme unter den Schutz des Truchseß Otto Berthold von Waldburg und Walter v. Warthausen, sowie die Stadt Biberach ist noch in dem Spitalarchiv vorhanden. Die Organisation ist eine ähnliche wie beim Heiliggeistspital Ulm.

Das Spital verdankt seine Entstehung, wie es in der Urkunde heißt: ehrbaren Männern, Rittern und Bürgern von Biberach; es ist also auch das Biberacher Spital wie die meisten anderen seines Namens ohne Teilnahme kirchlicher Organe allein aus der Initiative der Bürgerschaft hervorgegangen. Längst ist nachgewiesen, daß im Mittelalter, speziell in den letzten Jahrhunderten desselben, die Fürsorge für Arme und Kranke nicht mehr kirchliches Privileg war, vielmehr war es gerade die Bürgerschaft der Städte, welche im Zusammenhang mit der Ausdehnung ihrer Gemeinwesen selbständig vorging.

Die wichtigste Quelle für das Biberacher Spital ist eine Spitalordnung vom Jahr 1491. Dieselbe unterschied vier Klassen von Spitalitern: 1. die ganz Bettliegenden oder Bettsiechen, 2. die gemein Dürftigen, 3. die Narren, und 4. die Kinder.

Erstere erhalten an Essen und Trinken, was sie begehren, wie das ein altes Herkommen ist. Für alle Kranken, außer den Narren, sorgte die Siechenmagd. Die ärztliche Leitung des Ganzen stand unter einem Spitalarzt, welcher für eine jährliche Besoldung von 45 fl., einem gemästeten Schwein und wöchentlich einem Spitallaib alle Fälle von Knochenbruch, Pestilenz und Blattern zu behandeln hatte und für das andere besonders bezahlt war. Hier war also ein eigener hierzu bestellter Spitalarzt von Anfang an vorhanden.

Während anfänglich das Spital in weitesten Kreisen auch außerhalb der Mauern Biberachs eine segensreiche Tätigkeit entfaltete, wurde es später zu einem fast ausschließlich im Interesse der Bürgerschaft ausgenützten Institut. Fremde nahm man zwar auf kurze Zeit ins Spital auf, etwa zur Heilung einer auf der Reise entstandenen Krankheit, dachte aber nicht an eine dauernde Aufnahme, auch wenn sie noch so sehr der Hilfe bedurften.

Die Aufnahme erfolgte entweder auf Grund eines Vertrags mit Bürgermeister und Rat bezw. dem Spitalpfleger d. h. pfründweise oder um Gotteswillen. Die Gelegenheit, sich durch einmaligen Kauf einen ständigen Unterhalt zu sichern,

scheint viel benützt worden zu sein auch von vermöglichen Leuten; andere waren froh daran, ein besonderer Hilfe bedürftiges Familienglied auf diese Weise versorgen zu können, z. B. Blinde und namentlich Geisteskranke.

Zahlreicher als die Pfründner waren diejenigen Bewohner des Spitals, welchen Armut oder Krankheit die Türen desselben geöffnet hatten. Die um Gotteswillen Aufgenommenen mußten geloben, Hab und Gut ins Spital mitzubringen, und ferner eidlich versichern, daß sie niemand etwas geschenkt haben, im Hinblick auf die Aussicht, ins Spital aufgenommen zu werden. Im allgemeinen war die Hausordnung für die um Gotteswillen Aufgenommenen viel strenger als für die Pfründner; sie waren der Zucht des Spitalmeisters unterworfen,[1]) der sie durch Vorenthalten von Essen und Trinken oder mit Gefängnis bestrafen, nötigenfalls auch aus dem Spital entfernen konnte.

Im 16. Jahrhundert wurden Bestimmungen über den Aufenthalt von Kindbetterinnen im Spital getroffen: eine Bürgerin aus der Stadt sollte drei Wochen, eine Ausbürgerin zwei, eine Fremde eine Woche im Spital behalten werden. 1588 fällt auch das letztere vollends fort.

Während es in der Macht des Spitals gelegen hätte, mit seinen reichen Mitteln für eine weite Umgebung segensreich zu wirken, wurde ihm durch Beschränkung seiner Tätigkeit auf die Bürger eines kleinen Reichsstädtchens der Wirkungskreis entzogen, wie er seinem Besitz und seinen Einnahmen entsprach. Der Ausschluß der Nichtbürger war ja nicht dadurch notwendig geworden, weil Armut und Krankheit in Biberach selbst alle Kräfte des Spitals in Anspruch genommen hätten. Denn durch die Tätigkeit eines besonderen Siechenhauses und durch das gemeine Almosen war das Spital der Sorge für Hausarme enthoben.[2])

In der Reichsstadt Gmünd wird 1269 zuerst ein Spital erwähnt; die Reichsstadt Rottweil besaß 1275 ein Spital, das Reichsstädtchen Buchhorn (Friedrichshafen) 1284, die Reichsstadt Ravensburg 1287. Außer demjenigen von Friedrichshafen bestehen diese Spitäler in veränderter Gestalt noch heute fort.

[1]) Württ. Vierteljahrshefte f. Landesgesch. 1897 S. 32 ff.
[2]) Württ. Vierteljahrshefte f. Landesgesch. 1897 S. 40.

Alle bisher erwähnten Spitäler lagen in Reichsstädten. Erst im Jahr 1291, also 51 Jahre nach der Erwähnung des Spitals in Ulm, wird eines Heiliggeistspitals in einer landesfürstlichen Stadt gedacht, und zwar in Tübingen.[1])

Im Jahr 1291 tun Heinrich, Probst zu Sindelfingen, und Bertold, Dekan von Tübingen, in einem Bettelbrief für das Spital kund, wie in diesem Spital Arme aufgenommen, Hungernde und Dürstende gepflegt, arme Weiber in Kindsnöten liebreich versorgt, ausgesetzte Kinder bis zu den Unterscheidungsjahren sorgfältig erzogen werden und alte Leute der Barmherzigkeit Fülle erfahren.

Die Organisation war dieselbe wie bei den Heiliggeistspitälern der Reichsstädte.

Schon 1291 reichten für die große Zahl der Kranken, welche im Spital zusammenströmten, und für die Menge der Armen, die Hilfe begehrten, die Mittel des Hauses nicht hin, und ohne Handreichung christlicher Mildtätigkeit hätte das Beginnen aufgegeben werden müssen.

Man sieht, wie die Gründung eines Spitals auch in den größeren landesfürstlichen Städten ein Bedürfnis war.

Auch in dem Städtchen Waldsee war schon 1298 ein Spital in kleinem Umfang vorhanden; die Gründung des Spitals zum heiligen Geist in der Reichsstadt Wangen fällt in das 13. Jahrhundert.

In der Reichsstadt Reutlingen wird 1310 ein Spital erwähnt. Am 11. Januar 1310 gab Mayer Conrad v. Engstingen, Bürger zu Reutlingen, einen Teil seines Hauses und Hofraithe dem Spital zu Reutlingen.[2]) Während hier die Pfleger wechselten, scheint der Meister dauernd angestellt gewesen zu sein. Im 15. Jahrhundert fängt die Benennung „heilig Geistspital" an. Am Ende des 18. Jahrhunderts bestand das Spitalamt aus einem Spitalpfleger, dem Spitalschreiber und dem Spitalmeister oder -Vater.

Daß 1317 in der Reichsstadt Hall das Spital zum Heiligen Geist in städtische Verwaltung kam, wurde schon erwähnt. Noch 1847 diente es nebst den zwei Armenhäusern zur Unterstützung armer und gebrechlicher Personen aus der Gemeinde.[3])

---

[1]) Eifert, Tübingen S. 38.

[2]) Kirchenpflegearchiv Reutlingen; Memminger, Reutlingen S. 86.

[3]) O.-A.-Beschreibung Hall S. 94.

Das Spital zum heiligen Geist in Ehingen wurde 1343 zum Teil aus den Ruinen des Schlosses Berg erbaut.[1])

Im Spital wurden Arme und Kranke unentgeltlich und Pfründner gegen Einlage von Geld und Gütern verpflegt. 1850 wurde das Spital zum heiligen Geist im vormaligen Franziskanerkloster neu errichtet. Eigentümerin ist die Stiftungsverwaltung der Stadt. Das Spital besteht noch heute.

In Stuttgart stiftete Katharina, die Gemahlin des Grafen Ulrich IV. von Württemberg, eine geborene Gräfin von Helfenstein, 1350 ein Spital.[2]) Nach ihr hieß es ursprünglich Katharinenhospital, jetzt Bürgerhospital. Das Spital war für arme alte Bürger und Bürgersfrauen bestimmt und hatte eine eigene Kapelle zum heiligen Geist. Die Oberaufsicht führten der Vogt und das Gericht zu Stuttgart. Zwei Mitglieder des letzteren waren Spitalpfleger. An der Spitze der Verwaltung stand der Spitalmeister. Mit dem Spital war eine Krankenanstalt verbunden, denn alle Pfründner wurden in kranken Tagen verpflegt; bei ansteckenden Krankheiten kamen sie ins Lazarett. Nach der Reformation verlegte man das Spital in das ehemalige Predigerkloster. 1895/96 wurde das Spital auf neuem Areal neu errichtet. Das Spital ist außerordentlich reich an Stiftungen, Kapital und Grundbesitz.

In Kirchheim u. T. entstand 1360 ein Spital. Herzog Friedrich von Teck stiftete aus seines Vaters Herzog Conrad IV. Verlassenschaft nach dessen Willen das Spital, Haus und Kapelle. Im Jahr 1445 übergab Graf Ulrich von Württemberg „des Spitales Armen, Elenden, Dürftigen an ihren Tisch" den halben Zehnten zu Grötzingen und den Kirchensatz daselbst; 1461 machte die Stadt eine Ordnung, wie die Pfründner in den oberen Stuben das Jahr hindurch verpflegt werden sollen, darin es heißt, „man soll ihnen auch zu allen 8 Tagen einmal zwahen (zwacken) gemeinlich,[3]) welche das begehren"; 1540 erhielt das Spital Steuerbefreiung.

In Rothenburg a. N. machte 1361 Conrad Unger, Kaplan zur heiligen Dreifaltigkeit, eine Stiftung zu einem Spital

---

[1]) Alte O.-A.-Beschreib. Ehingen S. 94 ff.

[2]) J. Hartmann, Stuttgart, Beschr. d. Stadtdirekt.-Bez. S. 334.

[3]) Zu Ader lassen.

daselbst,[1]) 1536 wurde es erneuert, 1890 erhielt es seinen jetzigen Bestand.

In Bopfingen, der letzten unter den 37 Reichsstädten der schwäbischen Städtebank im Reichstag, wird 1373 die Kapelle des Spitals erwähnt, 1635 wurde es so ausgeraubt und beschädigt, daß man es ganz stehen und liegen ließ.[2])

In Saulgau wurde 1376 ein Spital zum heiligen Geist gestiftet, 1807 wurde es in das ehemalige Franziskanerkloster verlegt, wo es noch heute besteht.[3])

In Horb wird das Spital zuerst 1387 erwähnt, in den 1780er Jahren wurde das Franziskanerkloster in ein bürgerliches Spital umgewandelt. 1889 wurde als Filiale des Spitals das Gutleuthaus mit 16 Betten eingerichtet, seit 1889 ist es zugleich Bezirkskrankenhaus.[4])

In Langenargen legte zu Anfang des 15. Jahrhunderts Graf Heinrich von Montfort den Grund zur Stiftung eines Spitals zum heiligen Geist; am 8. September 1718 wurde ein neues Spital bezogen, 1900 hatte das Spital 70 Betten, darunter 25 für Kranke.[5])

In Herrenberg wurde 1400 das Heiliggeistspital gegründet.[5])

In Crailsheim stifteten Fritz Smit von dem Hospital von Dinkelsbühl und seine Frau das Spital. Das Spital lag ursprünglich innerhalb der Stadt, wurde später aber, 1411, in ein altes Mönchskloster außerhalb der Stadt in der Dinkelsbühler Vorstadt verlegt. Das Spital besteht noch heute.

In der Reichsstadt Giengen wird zuerst 1408 ein Spital genannt;[6]) es hatte eine eigene Hospitalkirche, das Spital existiert heute nicht mehr.

Das Heiliggeistspital in Munderkingen soll gegen Ende des 14. Jahrhunderts gestiftet worden sein.[7])

---

[1]) O.-A.-Beschreib. S. 135.
[2]) O.-A.-Beschreib. Neresheim S. 246.
[3]) O.-A.-Beschreib. S. 109.
[4]) O.-A.-Beschreib. S. 115.
[5]) O.-A.-Beschr. Tettnang S. 198; O.-A.-Beschr. Herrenberg.
[6]) O.-A.-Beschreib. S. 60.
[7]) O.-A.-Beschreib. v. Ebingen II S. 156.

In Ebingen O.-A. Balingen bestand zu Anfang des 15. Jahrhunderts gleichfalls ein Heiliggeistspital. Auch diese beiden Spitäler bestehen nicht mehr, an ihrer Stelle wurden Krankenhäuser errichtet.[1])

In Vaihingen a. E. stiftete 1414 die Bürgerschaft das Spital zum heiligen Geist, welches noch vorhanden ist.[2])

In der Reichsstadt Leutkirch wurde gleichfalls erst anfangs des 15. Jahrhunderts ein Spital ins Leben gerufen, die Stiftung eines Memminger Bürgers Hans Weyer zum Zwecke, Kranke, Dürftige, Arme und elende Pilgrime darin aufzunehmen. Auch dieses Spital steht noch heute.[3])

Auch in Blaubeuren wurde das Heiliggeistspital von einem dortigen Bürger 1420 gestiftet.[4])

In Schorndorf[5]) wurde das Spital zum heiligen Geist aus den Mitteln der Stadt gegründet 1435. 1582 ist das Spital an der Stelle der St. Jergen-Kirche neu aufgebaut worden, 1634 jedoch wieder verbrannt.

In der Reichsstadt Aalen stifteten 1460 die Stadtbehörden eine ewige Messe in der Kapelle des heiligen Geistspitales daselbst, letzteres selbst ist daher jedenfalls älter. 1854 erhielt das Spital in der unteren Stadt ein Zimmer für Kranke.[6])

In Scheer O.-A. Saulgau scheint die Stiftung des Spitals zum heiligen Geist ins Jahr 1512 zu fallen.[7])

In Laupheim stiftete am 24. Dezember 1585 Anna von Freiberg, geborene von Ellerbach zu Neusteußlingen und Laupheim, das Spital zum heiligen Geist. 1881 wurde das Spital neu eingerichtet.[8])

Im Jahre 1575 stifteten Hans Ulrich von Schellenberg und seine Ehefrau, Anna von Weiler zu der Altenburg, das Spital zum heiligen Geist in Kißlegg. Das Spital brannte 1704

---

[1]) O.-A.-Beschreib. v. Balingen S. 354.

[2]) Württemb. Kirchengesch. S. 231.

[3]) O.-A.-Beschreib. S. 23.

[4]) Schwäb. Chronik 1786 S. 145, 151.

[5]) O.-A.-Beschreib. S. 95.

[6]) Bauer, Geschichte und Beschreibung der ehemaligen Reichsstadt Aalen 78—98.

[7]) O.-A.-Beschreib. v. Saulgau S. 184.

[8]) O.-A.-Beschreib. S. 109.

ab, wurde jedoch wieder aufgebaut und besteht mit den früheren Stiftungsgütern noch heute.[1])

5. Eine andere Gruppe von Krankenhäusern trägt den Namen

St. Katharinen-Hospitäler.

Die Anregung zur Gründung derselben ging offenbar von den Kreuzzügen aus. Denn St. Katharina weist nach Ägypten hin.[2]) Außerdem eignete sich St. Katharina schon wegen ihres Namens (Katharina = die Reine) besonders zur Patronin von Anstalten, welche die Heilung von Kranken („die Unreinen") sich zum Ziel setzten. Vielleicht haben sich diese St. Katharinen-Spitäler entwickelt aus Leprosenhäusern (s. unten), deren Kapelle in der Regel der h. Katharina geweiht war.

In der Reichsstadt Eßlingen erscheint 1232 ein Hospital zu St. Katharina als längere Zeit bestehend, unter einem Meister und Brüdern.[3]) Am 24. März 1237 verliehen Dekan, Schultheiß und alle Bürger zu Eßlingen dem Spital einen Sammelbrief. Als Grund der Sammlung wird angegeben: Das Spital, in welchem einheimische und fremde Arme, Pilgrime, dürftige und schwangere Frauen, von Vater und Mutter verlassene Waisen, Sieche und Gebrechliche (pauperes peregrini transeuntes, mulieres in partu, egentes, parvuli a patribus et matribus derelicti, debiti et claudi) aufgenommen werden, könne die Menge nicht allein unterhalten.[4]) Unterm gleichen Datum erfolgte die Verleihung der Augustinerregel an Meister und Meisterin, die Brüder und die Schwestern des Spitals seitens des Papstes. Meister und Meisterin des Spitals mußten bei der Antretung des Amts unter anderem schwören: „der armen, dürftigen, kranken und breshaften Menschen, welche sich darin aufhalten, mit Reichung ihrer Leibesnahrung und anderer Notdurft nach bestem Vermögen zu warten".[4]) 1520 erhielt das Spital das Warzenhaus (für die

[1]) O.-A.-Beschr. v. Wangen S. 259; Baumann, Allgäu III S. 477.
[2]) Württ. Kirchengeschichte S. 173.
[3]) ebendort S. 173.
[4]) Pfaff, Eßlingen S. 248—249.

Syphilitischen) und besoldete dessen Arzt, gab armen Kindbetterinnen (Wöchnerinnen) bis zur Entwöhnung wöchentlich 5 Schilling, den zwei Siechenhäusern Wein, Kost und Brot, unterhielt Taube, Unsinnige, mit der fallenden Sucht Behaftete. Zuweilen mußte gegen Mißbräuche eingeschritten werden. Von den Jahren 1533 und 1535 heißt es: „In der Küche herrschte größte Unreinlichkeit, indem man zum Kochen sogar Spülwasser nahm. Die zur Pflege der Kranken bestellten Nonnen vernachlässigten diese und behielten das denselben bestimmte Geld für sich. Man ordnete deshalb statt der Nonnen betagte Weiber als Krankenpflegerinnen an."[1] Das Spital besteht noch heute.

Auch in der Reichsstadt Gmünd bestand schon im 13. Jahrhundert ein Spital zu Ehren der h. Katharina.[2]

Am 23. April 1206 stiftete der Rat von Heilbronn ein Spital zu Ehren der St. Katharina. Auch dieses Spital, welches 1455 durch Ankauf der angrenzenden Gelände erweitert und 1867 als Stadt- und Krankenhaus neu eingerichtet wurde, ist noch im Betrieb.[3]

In Göppingen wurde im 13. Jahrhundert gleichfalls ein Katharinenhospital gestiftet, in Isny 1397, ersteres besteht nicht mehr.

6. Einige andere Spitäler sind geweiht St. Anna oder St. Elisabeth, z. B. das im Jahre 1353 gestiftete Spital in Öhringen, einige wenige hießen Heiligkreuzspitäler (Geislingen); andere sind unser l. Frau (Weil der Stadt 1364) oder St. Nikolaus gewidmet. Von einigen anderen, wie dem Hospital in Cannstatt 1290, Weinsberg 1421, Marbach 1470, Urach 1480, lassen sich die näheren Umstände ihrer Gründung nicht mehr feststellen.

In Stuttgart beschloß Herzog Ludwig von Württemberg 1587, ein mit hinreichenden Gemächern und Notdurft wohl versehenes Haus zu errichten und mit Hilfe anderer gutherziger Christen dermaßen zu dotieren, daß darin nicht nur Krankenwärterinnen, sondern auch Knechte und Jungen vom Hofgesinde,

---

[1]) Württ. Geschichtsquellen IV.

[2]) O.-A.-Beschr. Gmünd S. 230.

[3]) O.-A.-Beschr. S. 209.

welche keinen eigenen Haushalt hätten, in Krankheit verpflegt werden könnten. In seinem Kodizill vom 11. Juni 1592 erklärte er noch weiter, daß diese Anstalt auch für Dienstboten aus der Stadt bestimmt sein sollte. Er wies zu diesem Zwecke auch 6000 Gulden aus dem Kirchenkasten an und begann dem Spital gegenüber mit dem Bau eines besonderen Hauses für diese.

Bevor dasselbe jedoch vollendet war, starb er am 18. Aug. 1593, und sein Nachfolger, Herzog Friedrich, trug „billig Bedenken, die Kosten allein zu tragen, weil die Stadt, da sie mit ihren Armen und dem Spital genügsam zu tun habe, keinen Beistand leisten wollte". Erst Herzog Johann Friedrich richtete 1611 das Haus für Wärterinnen und Kranke ein und stellte es unter besondere Pfleger von der Visitation, den Oberrat und die Rentkammer. So entstand die „Hofpflege", welche 1641 einen Fonds von 11248 fl. besaß und in der die Kranken damals nur Pflege und Wartung, für die Kost aber 40 Kreuzer Wochengeld erhielten. Da der Fonds 1846 im Zunehmen begriffen war, durften die Kranken damals von da an nur $^1/_3$ der Verpflegungskosten statt $^1/_2$ wie früher durch Abzüge an ihren Gehalten bezahlen; Verheiratete wurden nur ausnahmsweise aufgenommen.[1]) 1853 überließ König Wilhelm I. das Hofkrankenhaus samt Mobiliar um den Gnadenpreis von 14000 fl. der evangelischen Diakonissenanstalt, welche es seither als allgemeines Krankenhaus seinen Zwecken dienstbar gemacht hat.

7. Eine Gruppe von Krankenhäusern, welche anderwärts Sicherheits- oder Polizeispitäler genannt wurden, bedarf noch der besonderen Erwähnung. Es sind die Leprosenhäuser, Sondersiechen- oder Aussatzhäuser.

Die furchtbaren Seuchen des Mittelalters, Aussatz, Blattern, Pest u. dgl., durch welche Europa während mehrerer Jahrhunderte nach den Kreuzzügen wiederholt heimgesucht wurde, veranlaßten viele Städte auch in Württemberg, ihre Bevölkerung durch Errichtung besonderer, anfänglich nur primitiver Krankenbaraken, die später zu förmlichen Kranken-

[1]) Cleß und Schübler, Med. Topographie v. Stuttgart S. 163 ff.; Landesgrundverfassung S. 228, 252, 255; Pfaff, Stuttgart I S. 354—355.

häusern ausgebaut wurden, zu schützen, indem die an ansteckenden Krankheiten Leidenden dort abgesondert wurden. Ihren Zweck haben sie trotz der sanitätswidrigen Speisen (Pfeffer und Heringe für Hautkranke!), die den Kranken gereicht wurden, erfüllt; nach Erlöschen des Aussatzes in Württemberg im 16. Jahrhundert wurden sie meist abgebrochen, einige wenige sind der Krankenpflege erhalten geblieben.

Sehen wir von der letzten Art von Spitälern ab und fassen die im vorstehenden geschilderte Entwicklungsperiode bis zum 16. Jahrhundert zusammen, so ergibt sich, daß die Anfänge unseres heutigen Krankenhauswesens durchweg freiwilligen Leistungen und zwar zahlreichen Stiftungen zu verdanken sind, welche geradezu einen hervorstechenden Charakter- und Grundzug des württembergischen Volkes jener Zeit bilden, Stiftungen, an denen sich, wie wir gesehen haben, die edelsten Geschlechter des Landes, fürstliche Herren, die Vorstände und Räte der Städte, einzelne Bürger und Frauen in gleicher Weise beteiligten. Durch Zuwendungen aller Art gelangten die Spitäler im Laufe der Zeit zu großem Reichtum, welcher dieselben in die Lage versetzte, ihre Tätigkeit auch nach außen hin zu entfalten. Ihrem Wesen nach waren diese Spitäler anfänglich weder ausschließlich Armenhäuser noch Krankenhäuser. Nach ihrer Zweckbestimmung waren sie vielmehr Stätten zur Aufnahme körperlich gebrechlicher Personen, welche durch Alter oder aber durch Krankheit hilfsbedürftig geworden waren, sei es nun, daß dieselben sich beim Vorhandensein von Vermögen in das Spital selbst einkauften und ihr Besitztum dem Spital dafür überließen, sich verpfründeten — eine Erscheinung, welche unserm heutigen Krankenhauswesen völlig fremd ist — oder daß der Aufzunehmende wegen Mittellosigkeit unentgeltlich unterstützt werden mußte, wobei es sich um einen Akt der Armenfürsorge handelte. (Reichenspitäler — Armenspitäler; Vollpfründner — Armenpfründner.)

Der Krankenpflege in mehr oder weniger großem Umfang sollten ursprünglich alle diese Spitäler dienen. Seit dem 16. Jahrhundert trat diese Bestimmung indessen immer mehr zurück, insbesondere unter dem Einfluß der Reformation, durch welche die Bedeutung der „Werke" hinter anderen Aufgaben zurückgestellt und allmählich der Übergang von der kirchlichen zur bürgerlichen Armenpflege herbeigeführt wurde. Da sich die Städte durch das Eindringen sicherheitsgefährlicher Elemente in erster Linie die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung zur Aufgabe zu stellen hatten, verlor die Fürsorge für die Kranken stetig an Bedeutung und die Erträgnisse der Stiftungen wurden je länger je mehr auf Armenzwecke verwendet, welchen die Gemeinden sonst vielleicht durch Bürgerumlagen hätten genügen müssen. Die Krankenhäuser wurden Anstalten, in denen Arme mit allen Sorten heimatsloser Leute (Vagabunden) untergebracht wurden. Diese Bedeutung des Spitals als Aufenthaltsort unterkunftsloser unehrlicher Leute, in dem auch armen Kranken unentgeltlich Aufnahme gewährt wurde, hat sich bis auf die neueste Zeit erhalten.

Es blieben zwar auch im 17. und 18. Jahrhundert die Stiftungen zur Errichtung von Spitälern nicht völlig aus. Unter dem Einfluß der politischen und kirchlichen Ereignisse jener Zeiten waren dieselben jedoch nur vereinzelt und reichten nicht aus, um dem vorhandenen Bedürfnis zu genügen. Erst im 19. Jahrhundert, insbesondere in der zweiten Hälfte desselben, sollte die Bewegung im Krankenhauswesen von neuem in Fluß kommen.

III. Die Entstehung von Krankenhäusern im 19. Jahrhundert.

Diese Periode brachte zugleich eine völlig neue Epoche in der Entwicklung der Spitäler, indem in dieser zum

erstenmal selbständige Krankenhäuser ohne Verbindung mit einem Armenhaus und ohne Scheidung zwischen Pfründner- und Siechenabteilung gegründet wurden für den ausschließlichen Zweck vorübergehender Aufnahme und Verpflegung von Erkrankten mit regelmäßigem ärztlichen Dienst.

Das erste Krankenhaus, welches in dieser Form entstand, war das Katharinenhospital in Stuttgart, zu dessen Errichtung im Jahre 1817 die Königin Katharina von Württemberg die Anregung gegeben hatte. Sein Bau dauerte von 1820—1827 mit einem Kostenaufwand von 225000 fl.; seine innere Einrichtung kostete 14000 fl. Nach dem frühen Tod der Königin 1819 vereinigten sich „aus freier Bewegung" mehrere achtbare Einwohner Stuttgarts, um der unvergeßlichen Fürstin ein Denkmal in ihrem Geist zu stiften und ihre Mitbürger zur Förderung dieses schönen Zwecks einzuladen. Menschenfreunde aus allen Ständen und Gegenden des Landes, sowohl einzelne als Körperschaften beeiferten sich, durch Unterzeichnung von Beiträgen „den Zoll der Verehrung und Dankbarkeit darzubringen". Der König und seine Familie und die Staatskasse steuerten reichlich bei, so daß bald eine ansehnliche Summe zusammenkam.[1]) Es war bestimmt zur Heilung von innerlichen und äußerlichen Krankheiten, ferner zur Aufnahme von Wöchnerinnen und zum Unterricht von Hebammen, vorzugsweise für Stuttgart, nächstdem aber zum gemeinen Besten des ganzen Landes. In ersterer Eigenschaft — zur Aufnahme der Wöchnerinnen wurde nachmals die Landeshebammenschule gegründet — steht das Krankenhaus mit einer inneren, äußeren und Geschlechtskrankenabteilung heute in großer Blüte.

Nach und nach schritten auch die andern Stadtgemeinden zur Errichtung selbständiger Krankenhäuser. Die Veranlassung

[1]) Hartmann, Stuttgart S. 212 ff.

dazu gab der Umstand, daß für die stets zunehmende Zahl von Dienstboten und Handwerksgehilfen Gelegenheit zur Unterbringung in Krankheitsfällen geschaffen werden mußte. Es entstanden so nacheinander in den Städten und größeren Gemeinden Krankenhäuser, welche als eigentliche Dienstbotenkrankenhäuser ins Leben gerufen wurden und heute meistens die Bezeichnung Städtische Krankenhäuser führen.

Als solches entstand 1834 in Heilbronn[1]) das Paulinenhospital. Ursprünglich als Cholerahospital bestimmt, wurde es von der Stadt zu einem Krankenhaus für Dienstboten, überhaupt für die arbeitenden Klassen umgebaut. Die Königin Pauline gab hierzu einen bedeutenden Beitrag. 1835 erhielt Reutlingen ein städtisches Krankenhaus zur Verpflegung kranker Dienstboten und Gewerbegehilfen, veranlaßt durch eine Stiftung eines Reutlinger Bürgers, Samuel Kittel. Zur Teilnahme waren sämtliche Dienstboten und Handwerksgehilfen der Stadt Reutlingen verpflichtet. — Ludwigsburg erhielt 1836 ein Privatkrankenhaus, zunächst für Dienstboten und Handwerksgehilfen aus Stadt und Amt, sodann für arme Kranke sowohl ortsangehörige als fremde; seine Entstehung hatte es dem Arbeitshausverwalter Oberjustizrat Carl Max v. Klett zu verdanken. — Seit 1840 besitzt Kirchheim u. T. das Wilhelmsspital als städtisches Krankenhaus, eine Schöpfung der dort ehemals residierenden Herzogin Henriette v. Württemberg; es entstand auf die Anregung der Herzogin durch freiwillige Beiträge, um das Interesse und die Liebe für die Krankenpflege zu wecken. Städtische Krankenhäuser erhielten ferner Isny 1846, Hall 1840, Heidenheim 1844, Göppingen 1849; die beiden letzten sind jetzt ausschließlich Armenzwecken nutzbar gemacht.

Wir sehen, daß die Krankenhausfürsorge in diesem Zeitabschnitt in neue Bahnen gelenkt wurde und daß der Bestand

[1]) Dürr, Heilbronn S. 33.

unserer Krankenhäuser bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts manche wertvolle Erweiterung erfahren hat. Dennoch gab es noch manche Oberamtsbezirke, in welchen bis zu diesem Zeitpunkt noch kein Krankenhaus in irgend einer Form, sei es mit oder ohne Verbindung mit einem Armenhaus bestand. Es waren dies die Oberamtsbezirke Welzheim, Gaildorf, Gerabronn, Besigheim, Vaihingen, Laupheim, Weinsberg und Aalen; die aus früherer Zeit stammenden Spitäler waren dort im Laufe der Jahre ausschließlich in den Dienst der Armenpflege gestellt worden. Erst seit 1864 besitzen sämtliche Oberamtsbezirke wenigstens ein Krankenhaus.

Die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts endlich brachte diejenigen Ereignisse, welche für den gesamten weiteren Ausbau unseres Krankenhauswesens grundlegend sein sollten und zu jener nachhaltigen Vermehrung des Bestands unserer Krankenhäuser führten, von welcher bereits im Eingang die Rede war. Sodann fällt in diesen Zeitraum ein in der Geschichte der Krankenhäuser besonders wichtiges Ereignis: die Errichtung des ersten Bezirkskrankenhauses.

Es handelt sich hier um eine ganz neue Gattung von Krankenhäusern. Während die bisher ins Leben gerufenen Institute bestimmungsgemäß einen vorwiegend örtlichen Wirkungskreis hatten, im wesentlichen für die Ortsangehörigen des Sitzes des Krankenhauses bestimmt waren, vereinigen sich hier zum erstenmal Stadt und Land, um den Angehörigen eines größeren Bezirks die Wohltaten der Krankenhausfürsorge zu sichern. Diese Erweiterung der kommunalen Sozialpolitik ist im Interesse einer gedeihlichen und zeitgemäßen Ausstattung unseres Landes mit Krankenhäusern um so mehr zu begrüßen, als nach einem längst anerkannten Grundsatz der medizinischen Wissenschaft ein mit den wesentlichsten Errungenschaften der neueren Forschungen ausgestattetes großes Krankenhaus, welches bei entsprechender Lage mittelst der heutigen Verkehrs-

mittel von einem weiten Kreis von Personen zu erreichen ist, der Allgemeinheit weit wertvollere Dienste zu leisten imstande ist, als eine Mehrzahl kleiner Anstalten mit unvollkommener Einrichtung und Ausstattung. Da es sich hierbei um bedeutende Vermögensobjekte handelt, welche die Aufwendung erheblicher Mittel erfordern, so legte es sich von selbst nahe, daß die Beschaffung derselben von dem leistungsfähigeren Amtskörperschaftsverband übernommen wurde. So sind heute die Bezirkskrankenhäuser als Einrichtungen der Amtskorporationen neben den größeren städtischen Krankenanstalten die wertvollsten Träger der anstaltsweisen Krankenpflege in Württemberg.

Die Entstehungsgeschichte der einzelnen Anstalten bietet nichts Bemerkenswertes; sie sind auf Beschlüsse der politischen Vertretungen der Amtskörperschaften zurückzuführen, wobei als Sitz der Krankenhäuser meistens die Oberamtsstadt bestimmt wurde. Ihre Daten sind im nachstehenden verzeichnet:

Gaildorf 1864	Blaubeuren 1883	Maulbronn 1892
Marbach 1866	Öhringen 1884	Mühlacker 1892
Welzheim 1866	Mergentheim 1886	Reutlingen 1893
Neuenburg 1867/68	Creglingen 1886	Gerabronn 1893
Ellwangen 1868	Weikersheim 1886	Neresheim 1894
Backnang 1869	Tettnang 1886	Ochsenhausen 1895
Vaihingen 1870	Heidenheim 1887	Herrenberg 1896/97
Leonberg 1873	Ehingen 1887	Böblingen 1897
Waiblingen 1874	Geislingen 1887	Winnenden 1898
Crailsheim 1874	Brackenheim 1888	Nagold 1900
Laupheim 1876	Freudenstadt 1888	Künzelsau 1901
Schorndorf 1877	Münsingen 1889	Leutkirch 1901
Spaichingen 1878	Weinsberg 1890	Ludwigsburg 1903
Cannstatt 1881	Balingen 1890	

hierzu kommen die 4 Distriktskrankenhäuser

in Forchtenberg 1884	in Neuenstein 1884
in Kupferzell 1884	in Ilshofen 1895.

es sind dies Filialen der Bezirkskrankenhäuser in Öhringen und Gerabronn.

Die städtischen Krankenhäuser vom Jahre 1850 an sind folgende:

Waiblingen 1859	Heilbronn 1867	Haiterbach 1888
Calw 1860	Ebingen 1871	Buchau 1889
Nürtingen 1861	Wildbad 1871	Murrhardt 1890
Urach 1861	Aalen 1871	Giengen 1891
Metzingen 1864	Schramberg 1874	Bopfingen 1892
Tuttlingen 1866	Sindelfingen 1886	Alpirsbach 1897
Altensteig 1866	Göppingen 1886	Ravensburg 1901

Die erste ländliche Gemeinde in Württemberg, welche ein Krankenhaus errichtete, war Eningen O.-A. Reutlingen. Die vielgereisten Eninger Krämer hatten fern von der Heimat die Vorteile eines Krankenhauses kennen gelernt.[1]) 1850 wurde das dortige Armenhaus zum Krankenhaus eingerichtet. Die übrigen Krankenhäuser in ländlichen Gemeinden entwickelten sich wie folgt.

Plochingen 1864	Söflingen 1889
Kochendorf 1864	Schrozberg 1890
Altshausen 1866	Eberhardzell 1890
Aulendorf 1867	Schwenningen 1891
Abtsgmünd 1878	Trossingen 1892
Dewangen 1881	Ochsenhausen 1895
Wasseralfingen 1883	Lauterbach 1900

Die wenigen Privatkrankenhäuser, welche zu den allgemeinen Krankenhäusern zu zählen sind, führen ihre Entstehung auf nachfolgende Zeiten zurück

Ludwigsburg 1836	Bartenstein 1889
Neuhausen a. F. 1887	Herrlingen 1899

Neben den zahlreichen neueren Anstalten bestehen die älteren, im Mittelalter entstandenen Spitäler fort, soweit sie nicht Neubauten Platz machten.

Württemberg besaß demnach am Schluß des Jahres 1903 163 Krankenanstalten, hierunter

[1]) Neue O.-A.-Beschreibung Reutlingen I S. 307.

44 Bezirkskrankenhäuser (einschließl. der Distriktskrankenhäuser),
92 Gemeindekrankenhäuser,
4 Privatkrankenhäuser,
23 Krankenhäuser mit verschiedener Rechtsstellung.

IV. Die Ursachen der neueren Bewegung im Krankenhauswesen.

Ein weites segensreiches Feld sozialer Fürsorge tritt durch diese Zahlen in die Erscheinung. Es handelt sich hier um Stätten für die Bekämpfung und Linderung menschlichen Elends, das den Körper oder einzelne Sinne vieler Tausende in jedem Jahr heimsucht, und es ist die Tatsache, daß Arme und wenig Bemittelte, zu denen die Krankenhausinsassen in erster Linie gehören, in einer stets zunehmenden Zahl in Krankenhäusern ärztliche Hilfe und Versorgung finden können, ein Beweis für den hohen Kulturzustand des württembergischen Staates und für die hervorragend volkswirtschaftliche Bedeutung, welche diesem wichtigen Gebiet pflegender Tätigkeit im öffentlichen Leben beigemessen wird.

Für die neuere Bewegung im Krankenhauswesen ist charakteristisch, einerseits daß das Anstaltsbedürfnis in überwiegender Zahl öffentliche Krankenhäuser zu befriedigen pflegen und daß die Selbstverwaltung der Gemeinden und größerer Körperschaften es ist, welche unter Aufwendung bedeutender finanzieller Mittel an der Entwicklung und dem Ausbau der Krankenhausfürsorge sich in einer Weise beteiligt, wie dies beim Beginn des 19. Jahrhunderts nicht für möglich gehalten wurde, während die Tätigkeit der Religionsgemeinden und die Wohltätigkeit einzelner Personen auf diesem früher von ihnen fast ganz beherrschten Gebiete wesentlich zurückgetreten ist. Sodann ist diese Bewegung

durch den eminenten Aufschwung gekennzeichnet, welchen unsre Krankenhäuser in Beziehung auf ihre Tätigkeit gewonnen haben, welche in einer gesteigerten Inanspruchnahme unserer Krankenanstalten und der dadurch bedingten erheblichen Vermehrung der Zahl derselben ihren Ausdruck fand.

Die Momente, welche auf diese Wandlung von Einfluß waren, sind politische und medizinisch-technische.

In ersterer Beziehung war grundlegend die durch die Reichs- und Landesgesetzgebung bewirkte Ausgestaltung der Freizügigkeit innerhalb Württembergs und Deutschlands, die Statuierung der Gewerbefreiheit und die Neubestimmung der Bürgerrechts- und Heimatsverhältnisse in den Einzelstaaten. Diese Gesetzgebung, welche das gesamte wirtschaftliche Leben des Landes erfaßte, eine mannigfaltigere und intensivere Verwertung aller produktiven Kräfte und den freien Zug von Gemeinde zu Gemeinde ermöglichte ungeachtet der Heimat- und Grenzverhältnisse und damit eine Zerstreuung der Familienglieder nach Orten abseits vom Geburtsort einleitete, konnte auf die Entwicklung des Krankenhauswesens nicht ohne Einfluß sein. Bildete ehedem infolge der Gebundenheit an Haus und Heimat die Verpflegung in der Familie die Regel, so traten jetzt die Fälle, in denen Angehörige des Staates entfernt von der Familie erkrankten und auf fremde Hilfe angewiesen waren, immer häufiger in die Erscheinung, zumal unter dem Einfluß der Gewerbefreiheit mit dem Anwachsen der Industrie die Zahl der unteren, nicht besitzenden Klassen sich stetig vermehrte. Aus der allgemeinen Pflicht, seinen Angehörigen in Not- und Krankheitsfällen Schutz und Hilfe angedeihen zu lassen, ergab sich für den Staat von selbst die Notwendigkeit, seinen außerhalb der Heimat erkrankten Angehörigen die Wohltaten einer geordneten Krankenpflege angedeihen zu lassen und die Hilfeleistung durch gesetzliche Bestimmungen zu sichern.

Der erste Schritt hiezu erfolgte durch das Reichsgesetz vom 6. Juni 1870 (abgeändert durch Gesetz vom 12. März 1894) über den Unterstützungswohnsitz, welches den Gemeinden die Verpflichtung auferlegte, jedem hilfsbedürftigen Deutschen die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen zu gewähren und geeignetenfalls für die Unterbringung in einem Krankenhaus oder einer anderen Anstalt Sorge zu tragen. Da gegenüber alleinstehenden ledigen Personen das Krankenhaus als ausschließlicher Unterkunftsort in Betracht kam, so ergab sich für diese bald als Folge des Gesetzes ein erheblicher Zuwachs an Pfleglingen.

Für die Wirkungen des Gesetzes sind grundlegend die Bestimmungen, daß jeder Angehörige eines Bundesstaats in jedem anderen Bundesstaate in bezug auf die Art und das Maß der zu gewährenden Krankheitsunterstützung als Inländer zu behandeln sei, und daß Personen, welche gegen Lohn und Gehalt in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis stehen (Dienstboten, Gesellen, Lehrlinge), im Erkrankungsfall am Dienst- und Arbeitsort von dem Armenverband Kur und Verpflegung erhalten. In den Ausführungsbestimmungen wurde außerdem den bezüglichen Verbänden zur Pflicht gemacht, die für die ärztliche Armenpflege notwendigen Einrichtungen zu treffen, insbesondere die zur Unterbringung erkrankter Personen erforderlichen Räumlichkeiten sicherzustellen.[1])

Wurde schon auf dieser Basis die Tätigkeit des württembergischen Krankenhauses in neue Bahnen gelenkt, so war dies in besonderem Maß der Fall durch die sozialpolitische Gesetzgebung der Jahre 1883—1888, insbesondere durch das

[1]) Art. 20 des württ. Ausf.-Ges.; § 22 der Min.-Verf. vom 17. 4. 73.

Reichsgesetz vom 15. Juni 1883, welches die zwangsweise Versicherung der arbeitenden und dienenden Klassen gegen die Folgen von Krankheit statuierte und den zu bildenden Krankenkassen das Recht einräumte, an die Stelle von ärztlicher Behandlung im Hause und Krankengeld die freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus eintreten zu lassen. In Württemberg hatte die Krankenversicherung im besonderen noch die Bedeutung für die Krankenhäuser, daß die Gemeinden und Amtskörperschaften gesetzlich verpflichtet wurden,[1]) im Falle der Gemeindekrankenversicherung die freie Kur und Verpflegung in der Regel innerhalb eines Krankenhauses zu gewähren, und daß durch das Gesetz vom 16. Dezember 1888 für die Dienstboten, die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter als Krankenfürsorge grundsätzlich die Behandlung im Krankenhaus eingeführt wurde. Auch die andern reichsgesetzlichen Krankenkassen haben von dem ihnen eingeräumten Rechte ausgiebig Gebrauch gemacht und in überwiegender Zahl, für die verheirateten unter gewissen Voraussetzungen, für die alleinstehenden und ledigen Personen unbedingt und unbeschränkt, in Krankheitsfällen die Unterbringung in einem Krankenhaus vorgeschrieben und damit den Krankenhäusern ein bedeutendes Kontingent neuer Pfleglinge zugeführt.

Zur Beschaffung der erforderlichen Räume für ihre Kranken wählten nun die Krankenkassen nicht, wie das vielleicht für größere Städte nahegelegen hätte, den Bau eigener Krankenhäuser, sie verbanden sich vielmehr mit den bestehenden Krankenhäusern und stellten durch Kontraktabschlüsse mit den Krankenhausverwaltungen ihren Mitgliedern die Aufnahme in denselben sicher. Für die Krankenhäuser erschlossen sich hierdurch d. h. durch die Leistungen der Kassen zu den Krankheitskosten neue, zum Teil sehr erhebliche Einnahmequellen, welche für

[1]) Art. 2 des Ausf.-Ges. z. Krankenvers.-Ges. vom 20. Mai 1884.

eine zeitgemäße Umgestaltung der Spitalverhältnisse, welche allseits erstrebt wurde, die erwünschte Unterlage boten.

Von unmittelbarem Einfluß waren hierbei die zur Ausführung des Krankenversicherungsgesetzes in Württemberg erlassenen Vorschriften,[1]) welche es grundsätzlich für unzulässig erklärten, die Kassenkranken an Armen- und Siechenhäuser zu verweisen und den Behörden die Direktive erteilten, die Genehmigung der Kassenstatuten prinzipiell davon abhängig zu machen, ob nach den bestehenden Einrichtungen Gewähr dafür geboten sei, daß den Versicherten eine genügende und zweckmäßige Verpflegung zuteil werde.

Auch im übrigen ging die Tendenz der Regierung dahin, einerseits zur Verminderung des Aufwandes aus der obligatorischen Krankenversicherung, andererseits zur Verhütung von Simulation den Krankenhauszwang überall da zur Durchführung zu bringen, wo es die lokalen Verhältnisse in Beziehung auf die Krankenhäuser gestatteten.

Die Wirkungen des Gesetzes waren nun auch unverkennbar. Die Zahl der Personen, die im Krankenhaus aufgenommen werden mußten, vermehrte sich stetig, und bald zeigte es sich bei manchem Krankenhaus, daß die vorhandenen Räume nicht ausreichten, um den Zuwachs an Kranken zu fassen. Wie aus den oben angeführten Daten hervorgeht, führt denn auch die Mehrzahl unserer Krankenhäuser ihr Gründungsjahr oder doch ihre wesentlichen Veränderungen auf jene Zeitperiode zurück.

Neben dieser *numerischen* Bereicherung des Bestandes an Krankenhäusern ist die große Errungenschaft dieser Gesetzgebung, daß sie den Krankenhäusern in der Person der Versicherten einen großen Kreis *zahlungsfähiger* Kranker

[1]) Erl. des Min. des Innern vom 4. April 1884 und vom 21. Mai 1884.

zugeführt und die Anstalten mit bedeutenden finanziellen Mitteln ausgestattet hat, welche es denselben ermöglichten, ihre Räume der eigentlichen Krankenpflege dienstbar zu machen und für Heilzwecke zeitgemäß umzugestalten. Bei der Mehrzahl der Spitäler hatte zunächst eine Scheidung zwischen Armen- und Krankenhaus zu erfolgen, und da unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes in der Folgezeit mehr als die Hälfte aller Krankenhausinsassen den Versicherungseinrichtungen angehörten, welche lediglich als Kranke die Anstalten aufsuchten, führten die neuen Verhältnisse von selbst dazu, daß an die früheren Siechen-, Pfründner- und Leprosenhäuser bald nichts mehr erinnerte als der Name. Aus den alten Spitälern waren zum größten Teil Krankenhäuser geworden, während die Neubauten von Anfang an mit allen Einrichtungen ausgestattet wurden, welche eine erfolgreiche Heilbehandlung ermöglichen. Unter ihnen verkörpert das Bezirkskrankenhaus, die wichtigste Schöpfung aus dieser Zeit, den Haupttypus des württembergischen Krankenhauses.

Indessen ist diese Wandlung doch nicht in ihrer ganzen Wirkung auf das Krankenversicherungsgesetz und die mit diesem verwandten Gesetze zurückzuführen.

Man hatte in Württemberg dem mit der Zunahme der arbeitenden und dienenden Klassen wachsenden Bedürfnis, für alleinstehende Arbeiter und Dienstboten in Krankheitsfällen zu sorgen, schon viel früher durch die sog. Krankheitskostenversicherungskassen Rechnung getragen, welche ihren Ursprung auf die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts zurückführen. Die Erfahrung hatte gelehrt, daß wegen des übermäßig hohen Kostgeldes, welches gerade die kleineren Anstalten verlangen mußten, diejenigen Klassen der Bevölkerung, für welche die Krankenhäuser in erster Linie bestimmt waren, einen sehr sparsamen, oft nur auf einzelne Notfälle beschränkten Gebrauch machten, so daß die Krankenhäuser in der Mehr-

zahl nur Ortsarme beherbergten. Die Krankheitskostenversicherungskassen sollten darin Wandel schaffen. Einer Anregung der Ständeversammlung und der Regierung entsprechend, beruhten sie auf dem Prinzip der Selbstversicherung und kamen dadurch zustande, daß durch Ortsstatut[1]) die Angehörigen der dienenden Klasse für verpflichtet erklärt wurden, durch Bezahlung von Beiträgen an eine solche Kasse sich die Anwartschaft auf Krankenhausbehandlung im Erkrankungsfall zu sichern. Vielfach beschränkte man sich auch auf die Gründung einer solchen Kasse und überließ es den Beteiligten, sich der Versicherung freiwillig anzuschließen. Ihren Zweck erfüllten nur die ersten; vorbildlich für diese war für das ganze Land die von der Stadt Stuttgart beim dortigen Katharinen-Hospital begründete Kasse. Für die gewerblichen Arbeiter kamen diese Bestrebungen zum gesetzlichen Ausdruck in dem Art. 49 der württembergischen Gewerbeordnung vom 12. Februar 1862, welcher bestimmte, daß „die in einer Gemeinde in Arbeit stehenden oder daselbst nicht im Familienverband lebenden Gewerbegehilfen mit Regierungsgenehmigung durch Beschlüsse des Gemeinderats und Bürgerausschusses verpflichtet werden konnten, für den Zweck ihrer Verpflegung in örtlichen Krankenanstalten in Fällen von Erkrankung oder Körperverletzung regelmäßige periodische Beiträge zu entrichten". Ähnliche Bestimmungen wurden in dem Art. 45 für die Krankenversicherung der Fabrikarbeiter getroffen.[2])

Von welchem Einfluß diese Versicherung auf die Krankenhäuser war, beweist ein Bericht aus dem Jahr 1863 über die württembergischen Krankenanstalten, in welchem ausgeführt

---

[1]) Auf Grund des § 65 des Verwaltungsedikts vom 1. März 1822.

[2]) vgl. hierüber die Verhandlungen der Kammer der Abgeordneten 1856—1861 Beilagenband I, 3 S. 1902 und Protokolle Bd. 5 S. 3690.

wird,[1]) daß einen befriedigenden, vollwichtigen Erfolg nur diejenigen Krankenhäuser des Landes zu verzeichnen haben, welche unter Mitwirkung einer größeren städtischen Bevölkerung und sonstiger günstiger Umstände das Institut der Krankheitskostenversicherung, und zwar einer allgemeinen und zwangsweisen, „dieses Kardinalpunktes im gesamten Krankenhauswesen", durchgeführt haben.

Die Beteiligung an dieser Versicherung war eine sehr ansehnliche. Nach einer Statistik vom Jahre 1874 bestanden im Lande 45 solcher Kassen mit 61950 Mitgliedern. Die Kasse beim Katharinenhospital umfaßte im Jahre 1872 allein 24793 Mitglieder, darunter 3903 Personen, welche in diesem Jahr Aufnahme im Krankenhaus gefunden hatten. Daneben bestanden noch gewerbliche Hilfskassen für einzelne gewerbliche Betriebe und sogen. allgemeine gewerbliche Hilfskassen.

Da indessen an vielen Orten gar keine derartige Kasse bestand, oder von der bestehenden Einrichtung nicht in dem gewünschten Maße Gebrauch gemacht wurde, kam nun freilich erst dem Reichskrankenversicherungsgesetz jene bedeutsame Einwirkung auf das Krankenhauswesen zu, zumal der Kreis der für die Krankenhauspflege in Betracht kommenden Personen durch dasselbe wesentlich erweitert wurde.

Ein Vergleich der statistischen Nachweise aus den Betriebsverhältnissen der württembergischen Krankenhäuser ergibt, daß, während im Jahre 1880 26844 Personen in den Krankenhäusern verpflegt wurden, im Jahre 1890 die Zahl dieser Personen unter dem Einfluß des Krankenversicherungsgesetzes auf 40300 angewachsen war. Unter diesen befanden sich im Jahre 1880 7 % Selbstzahlende, 46 % Mitglieder der Krankenvereine und Versicherungskassen, 47 % solche,

[1]) Dr. Cleß, Obermedizinalrat, Das Spitalwesen in Baden u. Württemberg, Mediz. Korrespondenzblatt 1864 S. 20.

welche auf Rechnung des Armenverbands, Stiftungen mit Freibetten usw. verpflegt wurden, während im Jahre 1890 bereits 8% Selbstzahlende und 72% Versicherte vorhanden waren.

Auf die Gestaltung unseres heutigen Krankenhauswesens wirkte sodann ganz besonders fördernd die finanzielle Unterstützung, welche der württembergische Staat aus den Überschüssen des sogen. Epidemiefonds nach einem Aufruf[1]) vom Jahre 1863 seit dieser Zeit den „bestehenden oder ihrer Ausführung entgegengehenden oder neu zu errichtenden Krankenanstalten zum Zweck ihrer Gründung, Erweiterung oder Sicherstellung" übrigens mit der ausdrücklichen Beschränkung auf solche Krankenhäuser zuteil werden läßt, welche „als eigentliche Krankenanstalten eine gemeinnützige und ersprießliche über das lokale Bedürfnis der bloßen Gemeindefürsorge hinausgehende Wirksamkeit entfalten". Es gereicht der Regierung zum Verdienst, daß sie durch das Institut der Staatsbeiträge, durch materielle Handreichung sowohl, als durch moralischen Impuls und durch zweckmäßige Beratung mit einem verhältnismäßig geringen Aufwand die Errichtung und Neuorganisation der Krankenanstalten vielfach und mit Nachdruck gefördert hat.

Andere Faktoren hatten zwar keinen direkten, aber doch mittelbaren Einfluß auf die Neugestaltung der Krankenhausverhältnisse. In dieser Hinsicht wirkte die mit der Vermehrung der unteren Klassen eingetretene Steigerung ihrer Lebenshaltung, welche sich auch hinsichtlich der Ansprüche an die Verpflegung im Krankenhaus geltend machte und dazu führte, daß die Ausstattung der Krankenhäuser mit Einrichtungen der Krankenpflege, des ärztlichen Dienstes und der Verköstigung auf ein wesentlich höheres Niveau gebracht wurde, als zu den Zeiten, in denen die Spitäler in der Hauptsache arme Kranke aufzunehmen hatten.

[1]) Abgedruckt im Med. Korrespondenzblatt v. 1864 S. 24.

Unter den Vorgängen, welche eine Steigerung der Frequenz der Krankenhäuser zur Folge hatten, sind sodann zu nennen der weitere Ausbau des württembergischen Eisenbahnnetzes, die Verbesserung der Kommunikationsmittel, gewisse Erleichterungen im Verkehr, wie die Fahrpreisermäßigungen für Kassenangehörige und Minderbemittelte nach Krankenhäusern, Einrichtungen, durch welche namentlich der ländlichen Bevölkerung die Wohltaten der Krankenhauspflege zugänglich gemacht wurden. Ein Teil der Krankenanstalten Württembergs hat dadurch heute eine über die Grenzen der nächsten Bezirke weit hinausgehende Bedeutung gewonnen und nimmt nach seiner Wirksamkeit die Stellung von Landesinstituten ein.

In den größeren Städten war auf die Erweiterung der Krankenhäuser von Einfluß die mit der Zunahme der unteren Klassen eingetretene Verschlechterung der Wohnungsverhältnisse der großen Schichten der Bevölkerung, die in der Massenhaftigkeit und räumlichen Verdichtung (Kinderreichtum, Beschränktheit der Mittel zu entsprechend großen Wohnungen) in die Erscheinung trat. Es sind die schlechten Wohnungsverhältnisse, welche vielfach die erkrankten Arbeiter, auch wenn sie verheiratet sind, in die Krankenhäuser weisen. Denn die Raumbeschränktheit geht erfahrungsgemäß so weit, daß sie zur Gefahr der Kranken wird, da meist ein unhygienischer Zustand der Räumlichkeiten, bauliche Verwahrlosung, Verschmutzung aller Art mit ihr verbunden zu sein pflegt.

Neben diesen auf politischem und sozialem Gebiet liegenden Momenten kommt der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft naturgemäß eine ganz besondere Bedeutung zu, und vielleicht gebührt dem Fortschritt und den Leistungen der wissenschaftlichen Medizin in vorderster Linie das Verdienst, zu dem stolzen Bau der modernen Krankenhausfürsorge das wesentlichste Fundament gelegt zu haben.

Es ist hier nur an den auf die Lehre von der Antisepsis und Asepsis aufgebauten eminenten Fortschritt der Chirurgie zu erinnern, welche vermöge der Einrichtungen, welche dieselbe erfordert, ihre größten Erfolge gerade in den Krankenhäusern zu verzeichnen hat. Sodann sei darauf hingewiesen, wie auf der Basis der grundlegenden Entdeckungen auf bakteriologischem Gebiet und des siegreichen Vordringens verschiedener Heilmethoden ganz neue Anschauungen über Wesen und Verhütung vieler häufiger Erkrankungen verbreitet wurden, welche ihren Ursprung auf die Beobachtungen in den Krankenhäusern zurückführen und gerade in der Spitalbehandlung ihre volle Verwertung und Bedeutung finden konnten. Es steht außer Zweifel, daß diese Momente in hervorragendem Maße dazu beigetragen haben, das Ansehen der Krankenhausbehandlung zu erhöhen, und den Krankenhäusern manch bedeutsamen Zuwachs gebracht haben. Eine Würdigung dieser einzelnen, auf medizinischem Gebiet liegenden Umstände würde den Rahmen der vorliegenden Untersuchung jedoch überschreiten.

Fassen wir das Resultat der bisherigen Ermittlungen zusammen, so ergibt sich als bemerkenswerte Erscheinung, daß der württembergische Staat, von den Staatsbeiträgen abgesehen, zu keiner Zeit in die Entwicklung des Krankenhauswesens unmittelbar eingegriffen hat. Es erklärt diese Erscheinung die Tatsache, daß von allen öffentlichen Einrichtungen die Krankenhäuser die größte Selbständigkeit bis auf den heutigen Tag bewahrt haben. Die Gesetzgebung und Verwaltung bedingte und vermittelte zwar die Entstehung von Krankenhäusern, dagegen hat die Staatsregierung — von den vornehmlich Lehrzwecken gewidmeten Universitätskliniken abgesehen — weder selbstschaffend den Bau von Krankenhäusern übernommen, noch Dritten, etwa den Gemeinden, eine Pflicht zur Errichtung von Krankenhäusern auferlegt. Letztere Auf-

gabe blieb vielmehr dem guten Willen politischer oder religiöser Verbände und Genossenschaften oder Privatpersonen überlassen, welche sich je nach den Bedürfnissen und Anschauungen der einzelnen Zeiten in mehr oder minder vollkommener Weise zum Bau von Spitälern entschlossen. Diese Tatsache erklärt zugleich die außerordentlich verschiedene Verteilung der Krankenhäuser über das Land. Wären dieselben mit bestimmten Absichten einzig durch Anordnungen der Regierung ins Leben gerufen worden, so hätte unser Krankenhauswesen nicht dieselbe Gestalt und dieselbe Verteilung, wie sie heute besteht. Der Staat hat vielmehr, als seine Gesetzgebung und Verwaltung die Tätigkeit von Krankenhäusern erforderte, bereits einen Stamm von Krankenanstalten angetroffen; seine Aufgabe war und wird es sein, das Vorhandene in Formen überzuführen, welche den Anforderungen und Bedürfnissen der Zeit jeweils entsprechen, und zugleich in seiner Gesetzgebung den rechten Ausdruck zu finden, um den Übergang aus den alten in die neuen Formen zu vermitteln. So weise die Regierung die Entstehung von Krankenhäusern nunmehr vermittelt, indem sie die Gemeinden und Kommunalverbände als die wichtigsten Selbstverwaltungskörper der Armen- und Krankenpflege in erster Linie für den Bau von Krankenhäusern in Anspruch nimmt, so hätte diese Entwicklung doch nur einen sehr langsamen und mangelhaften Erfolg haben können, wenn nicht vergangene Jahrhunderte den Stoff dazu geliefert hätten. Der Reichtum, den unser Spitalwesen jetzt bietet, er liegt in vielen Stiftungen, deren Vermögen uns erhalten und deren Zwecke geachtet geblieben sind, verkörpert.

Schließlich mag noch auf die weitere Entwicklung unseres Krankenhauswesens in neuerer Zeit hingewiesen werden; dieselbe vollzieht sich nach einer doppelten Differenzierung: Anstalten, die früher ganze Komplexe der Krankheiten des Körpers wie des Geistes in den Bereich ihrer Tätigkeit gezogen haben,

werden in verschiedene Anstalten zerlegt, welche nur bestimmte Teile dieses Bereichs übernehmen. Die Abscheidung der Geisteskranken ist wohl eine der ältesten Differenzierungen auf diesem Gebiet. Daran schließt sich diejenige der Infektionskrankheiten an; es entstanden weiter Krankenhäuser für Krankheiten bestimmter Organe oder für die Behandlung bestimmter Krankheiten, einerlei, welches Organ von denselben befallen ist; in dieser Weise bildeten sich Heilstätten für Epileptische, Nervenkranke, Blindenanstalten, orthopädische, Kinderheilanstalten usw.

Die zweite Scheidung betrifft den Krankheitsprozeß; sie teilt die Anstalten nach den Stadien der Heilung in verschiedene Kategorien. So entstehen neben den Krankenhäusern die Rekonvaleszentenanstalten, Erholungsheime aller Art, von denen auch Württemberg eine Anzahl besitzt.

Alle diese neueren Anstalten erscheinen unter dem Gesichtspunkte der Spezialkrankenhäuser; ihre Einbeziehung in diese Untersuchung würde bei der Mannigfaltigkeit der Institute zu weit führen; es sei daher nur auf diesen neuesten Entwicklungsgang unseres Krankenhauswesens hingewiesen.

V. Die sozialen Aufgaben der Krankenhäuser.

Die heutige medizinische Wissenschaft stellt für die Krankenhausbehandlung zwei grundsätzliche Forderungen auf. Einmal sucht sie die Krankenräume derartig zu gestalten, daß den Ergebnissen der hygienischen Forschungen in ihrer Einwirkung auf die Heilung der Krankheiten volle Rechnung getragen wird. Sodann geht sie davon aus, daß ein rascher und günstiger Verlauf eines Krankheitsprozesses neben anderen Faktoren wesentlich davon abhängt, daß auf das körperliche und seelische Wohlbefinden und Wohlbehagen des Kranken während der ärztlichen Behandlung weitgehende

Rücksicht genommen wird. Sie sucht daher durch möglichste Ausnutzung aller technischen Hilfsmittel bei der Behandlung und Verpflegung, durch entsprechende Gestaltung der Umgebung des Kranken und durch die Ausstattung der Krankenräume mit einem gewissen Krankenkomfort [1]) den Aufenthalt im Krankenhaus möglichst zu erleichtern und in dieser Hinsicht der häuslichen Krankenpflege anzupassen. Sie setzt sich demnach zur Aufgabe, den Kranken in jeder Beziehung unter die der Genesung denkbar günstigsten äußeren Bedingungen zu versetzen.

Der Erfüllung dieser Forderungen stehen freilich erhebliche finanzielle Schwierigkeiten entgegen, die indessen angesichts der großen Vorteile, welche eine zweckmäßige Ausstattung für die Krankenhausbehandlung gewährt, immer mehr zurücktreten.

Die Rücksichtnahme auf die bezeichneten Erfordernisse ist heute an vielen Orten unseres Landes, namentlich bei den leistungsfähigeren größeren Gemeinden eine so weitgehende, daß das tief in unserem Volke eingewurzelte, noch aus alter Zeit stammende Vorurteil gegen die öffentlichen Krankenanstalten, die fast sprichwörtliche Furcht vor dem Krankenhaus in zunehmendem Maße der richtigen Erkenntnis weicht, daß ein Kranker, der nicht dem Kreise der Wohlhabenden angehört und über reichliche materielle Mittel verfügt, bei schweren Erkrankungen an keinem Ort eine so gute und zweckentsprechende Unterkunft findet, als in einem unserer größeren öffentlichen Krankenhäuser. — Es gibt kein zwingenderes Dokument für den hohen Wert der von ärztlicher Seite ausgegangenen Forderungen, als die Wahrnehmung, daß sich in einem Zeitraum von wenigen Jahren ein so erheblicher Aufschwung und Umschwung im Bereich der Krankenhausversorgung

[1]) v. Leyden, Der Komfort der Kranken als Heilfaktor. Zeitschrift für die Krankenpflege, April 1898; M. Mendelsohn, Die Krankenpflege, Hygiea 1898.

vollzogen hat. In der Tat tritt wohl nicht auf einem anderen Gebiet ein so weitgehender Unterschied hervor, wie beim Vergleich der alten Spitäler mit unseren neueren palastartigen groß angelegten Bezirks- und städtischen Krankenhäusern. Während wir dort noch die niederen, düsteren, mit mangelhaften Heiz- und Ventilationseinrichtungen ausgestatteten Krankenräume, meistens inmitten des Orts in belebter Straße gelegen, vielfach unter gemeinsamem Dach mit dem Armenhaus wahrnehmen, finden wir bei den neueren Krankenhäusern die Forderungen der Hygiene und Medizin in großartigster Weise erfüllt hinsichtlich der Verteilung der Kranken, der Raumeinteilung, der Größenverhältnisse der Krankenzimmer (mittlere bis kleine Zimmer, daneben kleinere Säle für leichtere und chirurgische Kranke), der Lage (außerhalb des Ortes in freier erhöhter Lage), der Heizung und Beleuchtung (Zentral-Luft-Dampfheizung, elektrisches Licht); auch für die geistige und religiöse Pflege der Kranken und Rekonvaleszenten ist hier durch Einrichtung von Bibliotheken, Lesezimmern, Betsälen und Kapellen, durch Gartenanlagen in mannigfacher Weise Fürsorge getroffen.

Sind diese Voraussetzungen für eine erfolgreiche Heilbehandlung gegeben, so ist der eminente Wert der Krankenhauspflege in volkswirtschaftlicher und sozialer Beziehung unverkennbar.

Zunächst ergeben sich als Vorzüge[1]) der Krankenhausbehandlung gegenüber der Krankenpflege in der Familie: die bessere, durch geschultes Personal geregelte Pflege in reinlichen, ruhigen Krankenzimmern, die erleichterte ärztliche Behandlung durch Hilfsmittel aller Art zur Krankenpflege, welche den Heilungsprozeß fördern und die von der Krankheit Betroffenen viel früher in die Möglichkeit wieder versetzen, ihre Kräfte produktiv auszunützen und zu verwerten,

[1]) Med.-Rat Dr. Dietrich, Die Gesundheit, Jahrg. 1888 S. 13.

als dies bei einer Krankenbehandlung in einem kleinen schlecht ventilierten Krankenzimmer bei mangelhafter Pflege der Fall sein kann. Dazu kommt noch die größere Billigkeit der Krankenhausbehandlung gegenüber der Einzelbehandlung im Privathaus, welche nicht unbedeutende Summen für andere Zwecke nutzbar machen läßt.

Das Krankenhaus will allen denjenigen Bevölkerungsklassen ein Asyl sein, welche in Krankheitsfällen keine oder doch eine nicht ausreichende Familienpflege finden können, also vor allem den alleinstehenden und solchen Kranken, welche einer besonderen Wartung und Pflege bedürfen, die sie in ihrer eigenen Behausung nicht finden können. Sodann soll das Krankenhaus denjenigen dienen, deren Wohnungs- oder sonstige Verhältnisse eine Heilung und Wiederherstellung in ungünstiger Weise beeinflussen, oder zu deren Heilung gewisse technische Vorkehrungen erforderlich sind, welche die Hauspflege nicht gewähren kann. Endlich soll das Krankenhaus eine Heilstätte bei allen ansteckenden Krankheiten sein und zugleich ein Bollwerk gegen die Weiterverbreitung derselben. In dieser letzten Eigenschaft nimmt das Krankenhaus ohne Zweifel die volkswirtschaftlich wichtigste Stelle ein. Die Anstaltspflege ist hier ebenso sehr im Interesse der Kranken als der Allgemeinheit gelegen, und je mehr dieselbe in diesen Fällen in Anspruch genommen wird, desto mehr wird das wirtschaftliche und damit das Interesse weiter Kreise, das öffentliche Interesse gewahrt. Hier sind auch die Fälle gegeben, in denen schon in frühester Zeit ein Anstaltsbedürfnis d. h. ein Bedürfnis, Kranke aus der Familie zu nehmen und in besonderen Häusern unterzubringen, anerkannt wurde; insbesondere waren es die Aussätzigen, die Pest- und Krätzekranken, welche in früheren Jahren ein wesentliches Kontingent der Krankenhausinsassen stellten, und es ist bemerkenswert, wie bis in die achtziger Jahre des vorigen

Jahrhunderts die Zahl der aufgenommenen Krätzekranken den Umfang der Krankenhauspflege in Württemberg bestimmte.[1])

Neben den Rücksichten auf die Krankheit sind es häufig sodann auch wirtschaftliche Gesichtspunkte, welche bei der Wahl des Krankenhauses gegenüber der häuslichen Pflege in Betracht kommen; es sind dies die keineswegs seltenen Fälle, wo durch das Verbleiben der Kranken in der Familie Angehörige derselben in ihrer Erwerbsfähigkeit gehindert werden, namentlich also bei länger dauernden oder unheilbaren Krankheiten.

Für die Bereitstellung ärztlicher Hilfe in Krankenhäusern und deren Vermehrung auf dem Lande sprechen neben allgemeinen hygienischen und sozialpolitischen Gründen auch solche national-ökonomischer Natur. Es ist hierbei nur an die hohen Kosten der ärztlichen Besuche und an die Unausführbarkeit täglicher oder gar täglich wiederholter Besuche der Landkranken zu denken,[2]) die für die glückliche Behandlung vieler Krankheitszustände durchaus notwendig sind und dazu beitragen, der drohenden Arbeitsunfähigkeit und einem unter günstigen Verhältnissen (wie sie auf dem Lande nur in den Krankenhäusern anzutreffen sind) recht wohl zu verhütenden letalen Ausgang entgegenzutreten.

Neben den Vorteilen, welche das Krankenhaus für die Kranken bietet, kommt dasselbe sodann in seiner Bedeutung für die Ärzte in Betracht. Auch in dieser Hinsicht hat

---

[1]) Württemb. Med. Bericht von 1877/78 und 1879/81. Es waren Krätzkranke 1872 = 1814, 1873 = 1472, 1874 = 1074, 1875 = 763, 1876 = 1015, 1877 = 1786, 1878 = 4820.

[2]) Im Jahre 1897 wurden in Württemberg je 100 000 Stadtbewohner von durchschnittlich 92 Ärzten versorgt, während auf 100 000 Landbewohner nur 21 Ärzte kommen; hierbei wurden als Städte die Gemeinden über 5000 Einwohner, als Landorte die Gemeinden unter 5000 Einwohner angesehen.

das Krankenhaus eine volkswirtschaftlich bedeutsame Rolle zu spielen. Hat die Universität die Aufgabe, für die Bevölkerung des Landes tüchtige Ärzte heranzubilden, welche imstande sind, auf wissenschaftlicher Grundlage Kranke zu behandeln und die Lehren, welche sie an der Universität in sich aufgenommen haben, im Dienst und zum Nutzen der Menschheit zu verwerten, so ist das Krankenhaus die berufene Stätte, um dem praktischen Arzt Gelegenheit zu geben, sein Wissen zu vervollkommnen, seine Heilmethoden zu erproben und die gemachten Erfahrungen wissenschaftlich zu verwerten. Denn eben nur im Krankenhaus findet der Arzt alle Voraussetzungen für das Gelingen des von ihm eingeleiteten Heilverfahrens, insbesondere den Gehorsam in der Ausführung seiner Verordnungen, die regelmäßige Wartung, die erforderliche Diät reine Luft, gutes Bett und die erforderlichen Hilfsmittel für die Krankenpflege erfüllt. Dazu steht ihm in größeren Krankenhäusern in der Regel ein reichhaltiges „Material" für die Beobachtung der Wirkungen seiner Anordnung zur Verfügung. So ist es denn eine bekannte Tatsache, daß die segensreichsten Erfindungen für die Krankenpflege ihren Ursprung auf das Krankenhaus zurückführen, und daß es Krankenhausärzte sind und waren, welche von jeher zu den Tüchtigsten ihres Berufs zählen.

Die Krankenhäuser haben in ihrer Eigenschaft als Fortbildungsinstitute für unsere Ärzte neuerdings dadurch eine erhöhte Bedeutung gewonnen, daß denselben durch die Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901 die Aufgabe zuerkannt wurde, den wissenschaftlich geprüften ärztlichen Kandidaten in die Praxis einzuführen und demselben Gelegenheit zu geben, sich während mindestens eines Jahres in seinen Kenntnissen und Fähigkeiten zu vertiefen. Auch in Württemberg ist eine stattliche Anzahl von Krankenhäusern zur Aufnahme ärztlicher Praktikanten für befähigt erklärt worden.

Wenn in Vorstehendem von den sozialen Aufgaben, welche die Krankenhäuser zu erfüllen haben, und von den Vorteilen der Krankenhausbehandlung die Rede ist, so sind hierbei vornehmlich diejenigen Krankenhäuser ins Auge gefaßt, welche nach der Gesamtheit ihrer Betriebsverhältnisse die Stellung von Heilstätten für alle Schichten der Bevölkerung einnehmen. Dies trifft nun freilich bei manchen unserer Krankenhäuser nicht zu; vor allem sind es bei den älteren und ältesten Anstalten die Raumverhältnisse, die einer freieren, auch die besitzenden Klassen umfassenden Entfaltung der Krankenpflege entgegenstehen. Es sind völlig unhaltbare Zustände, wenn hier wegen Raummangels hochgradig Lungenkranke mit anderen Insassen des Krankenhauses zusammengelegt werden müssen, oder wenn größere Operationen im Krankenzimmer in Anwesenheit anderer Kranker ausgeführt werden, wie das bei einem Spital im Neckarkreis der Fall ist. Es ist begreiflich, wenn unter solchen Verhältnissen das Krankenhaus von der Bevölkerung lediglich als ultimum refugium betrachtet wird.

Ganz allgemein ergeben sich aus der an vielen Orten noch bestehenden Verbindung von Armenhaus und Krankenhaus — es ist dies heute noch bei 50 Krankenhäusern der Fall — Mißstände der verschiedensten Art. Die Vereinigung zweier vollständig heterogener Betriebe, die lediglich historisch zu erklären ist, führt hier dazu, daß die Kost für die Insassen der beiden Anstalten, d. h. für Gesunde und Kranke dieselbe ist, und es wird mit Recht darüber Klage geführt, daß durch die in den Armenhäusern nicht seltenen Streitigkeiten unter den Bewohnern die Ruhe der Kranken aufs empfindlichste gestört und die Krankenpflege nachteilig beeinflußt wird.

Es sind dies Nachteile, welche vor allem denjenigen unserer Krankenhäuser, die ursprünglich nicht zur Aufnahme

von Kranken bestimmt waren, anhaften, und es ist nur zu wünschen, daß in richtiger Erkenntnis von dem hohen volkswirtschaftlichen Wert eines technisch wohl ausgestatteten Krankenhauses die politischen Körperschaften sich von Jahr zu Jahr mehr zum Bau neuer Krankenhäuser an Stelle ihrer älteren Einrichtungen entschließen.

Der Zweckbestimmung des Krankenhauses scheint auch zu wenig Rechnung getragen zu sein durch das System, das in einigen, auch neueren Krankenhäusern des Oberlandes eingeführt ist. Es findet dort die Verteilung der Kranken auf die einzelnen Räume in erster Linie nach der Konfession und erst in zweiter Hinsicht nach Geschlecht und, soweit möglich, innerhalb dieser Scheidung nach der Krankheit statt, während doch in einem Krankenhaus neben den Rücksichten der Sittlichkeit der Heilzweck ausschlaggebend sein sollte.

Als wesentlicher Mißstand und als ein Hemmnis für diejenigen Bestrebungen, die auf eine Erhöhung des Ansehens unserer Krankenhäuser abzielen, muß es angesehen werden, daß bei weitem die Mehrzahl der württembergischen Gemeindekrankenanstalten, und zwar auch solche, die nicht mit einem Armenhaus in Verbindung stehen, der Verwaltung und Aufsicht und Bestimmung der Gemeinde-Armenverwaltung (Ortsarmenbehörde, Armendeputation) unterstellt sind, so daß die Einnahmen- und Ausgabenverhältnisse der Krankenhäuser im Etat der Armenverwaltung figurieren und die Tätigkeit der Krankenhäuser gewissermaßen als ein Bestandteil der Armenpflege erscheint. Es ist dies noch eine Reminiszenz aus früherer Zeit, in der die Spitäler im wesentlichen die Rolle von Armenhäusern zu spielen hatten. Nachdem nun die Gemeinden, ähnlich wie bei den Schulen, infolge der zunehmenden Inanspruchnahme der Krankenhäuser und der gesteigerten Anforderungen, welche an die Krankenhauspflege gestellt werden, vor das Problem eines stets quantitativ und qualitativ

wachsenden Bedürfnisses gestellt sind, handelt es sich nicht allein darum, die genügende Anzahl gut eingerichteter Anstalten zu beschaffen, sondern vor allem und ebenso sehr um eine Änderung des ganzen Charakters der zu leistenden Krankenhausfürsorge.

Durch die soziale Gesetzgebung ist, wie wir gesehen haben, ein bedeutender Kreis zahlungsfähiger Benützer der Krankenhäuser geschaffen worden, und auch von den Angehörigen der Mittelklasse wird das Krankenhaus in immer größerer Zahl in Anspruch genommen. Mit den Benützern muß sich nun aber auch die Stellung der Krankenhäuser selbst ändern. Aus Anstalten, welche nur einer ganz bestimmten, kleinen Schicht der Bevölkerung, den Spitaliten, dienten, wurden sie zu Einrichtungen der allgemeinen Krankenfürsorge; daraus erwächst für die öffentlichen Körperschaften die wichtige Pflicht, ihren Krankenhäusern alles zu nehmen, was ihnen den Charakter von Armenanstalten geben könnte, und sie sorgfältig von jeder Beziehung zum Armenwesen fernzuhalten.

Der erste Schritt hierzu ist die Überweisung der Gemeindekrankenhäuser an eine besondere Deputation, welche mit der Ortsarmenbehörde in keinerlei Zusammenhang steht; in den größeren Gemeinden etwa nach Analogie der in einigen Städten Norddeutschlands bestehenden Deputation für öffentliche Gesundheitspflege. Vor allem aber ist die Betriebsweise der Krankenhäuser einer durchgreifenden Änderung zu unterwerfen. Nicht nur müssen sich die beteiligten Aufsichtsbehörden von der Überlieferung frei machen, die Krankenhäuser als Wohltätigkeitsanstalten anzusehen, sondern es muß auch das ärztliche wie das Pflegepersonal mit aller Entschiedenheit dazu erzogen werden, die Krankenhauspfleglinge nicht als Arme zu betrachten und dementsprechend als vile genus zu behandeln.

Wie notwendig diese Umgestaltungen sind, das beweisen die endlosen Klagen, welche gegen den Betrieb der öffentlichen Krankenhäuser bis in die neueste Zeit erhoben werden. Solange man daran festhält, die Krankenhausfürsorge als ein Kapitel des Armenwesens zu betrachten, solange die öffentlichen Körperschaften sich nicht zu einer freieren und richtigeren Auffassung derselben entschließen, solange werden dieselben nicht verstummen.

VI. Die Verteilung der Krankenhäuser innerhalb des Landes und ihre Verhältniszahl zur Bevölkerung.[1])

Die Gesamtzahl der württembergischen Krankenanstalten betrug am Schluß des Jahres 1903 163.[2]) Von diesen sind 44 Bezirkskrankenhäuser, 92 städtische (Gemeinde-) Krankenhäuser, also sämtlich Anstalten, welche im Eigentum politischer Körperschaften stehen, während die übrigen 27 Krankenhäuser

[1]) Die in diesem und den folgenden Abschnitten angeführten Zahlen sind teils dem Medizinalbericht von Württemberg für das Jahr 1902, teils den zur Ergänzung desselben bei den einzelnen Krankenhausverwaltungen vom Verfasser eingezogenen Berichten entnommen.

[2]) Die chirurgische und medizinische Klinik in Tübingen, welche in den vom K. Medizinalkollegium herausgegebenen Medizinalberichten für das Königreich Württemberg gleichfalls zu den allgemeinen Krankenhäusern gezählt werden, sind in dieser Abhandlung außer Betracht gelassen worden; sie unterscheiden sich von diesen doch wesentlich dadurch, daß bei ihnen der Lehrzweck Hauptzweck ist und die Organisation, die Aufnahme usw. bestimmt, und daß in diesen Kliniken nicht wie bei den übrigen (allgemeinen) Krankenhäusern des Landes — von den Geisteskrankheiten abgesehen — sämtliche Krankheiten behandelt werden, sondern nur solche, für welche in Tübingen keine Spezialkliniken bestehen, also nicht Augen-, Ohren-, Nasen-, Frauen- und Nervenkrankheiten. Die beiden Kliniken wurden 1846 errichtet, 1879 umgebaut. Es besitzt die medizinische Klinik 30 Zimmer 150 Betten; die chirurgische Klinik 23 Zimmer 186 Betten.

eine verschiedene Rechtsstellung einnehmen. Es stehen von den letzteren sechs im Eigentum christlicher Vereine und Genossenschaften, und zwar das Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart (Eigentum des Vereins für Krankenpflegerinnen, der Schwestern vom Roten Kreuz), das Krankenhaus der evangelischen Diakonissenanstalt in Stuttgart und Hall, das Marienhospital in Stuttgart (Eigentum der Kongregation der barmherzigen Schwestern von Untermarchtal), das St. Elisabethen-Krankenhaus in Ravensburg (Eigentum der barmherzigen Schwestern in Reute) und das Krankenhaus in Plochingen (Eigentum des St. Johanniterordens). Vier der allgemeinen Krankenhäuser sind Privatkrankenhäuser und zwar das Krankenhaus in Neuhausen O.-A. Eßlingen (Eigentum eines Vereins mit juristischer Persönlichkeit, aus Legaten und Sammlungen erbaut), das Privatkrankenhaus in Ludwigsburg und die Krankenhäuser in Bartenstein und Herrlingen (je Eigentum eines freiwilligen Krankenvereins mit juristischer Persönlichkeit). Vier weitere Krankenhäuser stehen im Eigentum fürstlicher Standesherrschaften, und zwar diejenigen von Langenburg, Wolfegg, Kislegg und Bärenweiler. Als besondere Stiftungen sind erhalten geblieben die Krankenhäuser in Mergentheim (St. Rochuskrankenhaus), in Kirchheim, Laupheim, Wurzach, Ravensburg (St. Josephshaus), Riedlingen, Saulgau, Waldsee, Isny (Wilhelmspflege und Marienpflege). Neuere „Stiftungen" sind das Ludwigsspital in Stuttgart und das Gustav Werner-Haus in Reutlingen.

Innerhalb der Unterscheidung zwischen öffentlichen und Privat-Krankenhäusern sind zu den ersteren die öffentlichen Krankenanstalten des Staats, der Kommunen, Stiftungen, Krankenkassen, Orden, Kongregationen, Vereine zu rechnen, während als eigentliche Privatkrankenhäuser nur die von Privaten unterhaltenen Anstalten gelten. Letztere sind in Württemberg ihrer Zahl nach zwar von untergeordneter Bedeutung;

in den Bezirken, in denen sie bestehen,[1]) bilden sie mangels ausreichender öffentlicher Anstalten jedoch eine wertvolle Ergänzung unseres Bestandes an Krankenhäusern. (Eine wesentlich größere Verbreitung haben die Privatanstalten auf dem Gebiet der Spezialkrankenhäuser erfahren; hier überwiegen die Privatunternehmungen bei weitem.)

Die Verteilung der sämtlichen Krankenhäuser auf das ganze Land ergibt folgendes Bild; es besitzt

der Neckarkreis	42	Krankenhäuser
der Schwarzwaldkreis	38	„
der Jagstkreis	34	„
der Donaukreis	49	„

Es verfügt daher der Donaukreis über die meisten Krankenhäuser, der Jagstkreis über die wenigsten. Umgekehrt ist die Verteilung der Bezirkskrankenhäuser. Von diesen weist der Jagstkreis die größte Zahl mit 15 auf, der Neckarkreis besitzt 13, der Donaukreis 10, und der Schwarzwaldkreis 8 Bezirkskrankenhäuser; es erklärt sich diese Tatsache daraus, daß die letzteren größere Gemeinde- ꝛc. Krankenhäuser besitzen, welche die Errichtung eines Bezirkskrankenhauses entbehrlich machten.

Die Zahl der für Krankenzwecke zur Verfügung stehenden Zimmer beträgt für sämtliche 163 Krankenhäuser 2165, es entfallen daher durchschnittlich auf ein Krankenhaus 13 Zimmer. Für die einzelnen Kreise ist das Verhältnis folgendes: Es kommen von den 2165 Zimmern auf den

Neckarkreis	814	Zimmer,	mithin	a.	ein	Krhaus.	dess.	19	Zimmer
Schwarzwaldkreis	431	„	„	„	„	„	„	11	„
Jagstkreis	338	„	„	„	„	„	„	10	„
Donaukreis	582	„	„	„	„	„	„	12	„

Die durchschnittliche Zimmerzahl in den Krankenhäusern ist demnach in 3 Kreisen fast gleich, im Neckarkreis ver-

[1]) s. oben S. 30 u. 53.

schiebt sich das Verhältnis durch die großen Krankenhäuser in Stuttgart. Im einzelnen ergibt sich für die Größenverhältnisse der württembergischen Krankenhäuser, gemessen nach der Zahl der Zimmer, folgendes Bild:

1—5	Zimmer besitzen	29	Krankenhäuser
5—10	„ „	61	„
10—20	„ „	49	„
20—30	„ „	12	„
30—40	„ „	7[1])	„
40—50	„ „	3[2])	„
über 50	„ „	2[3])	„

Bei weitem die meisten Krankenhäuser weisen daher eine Zimmerzahl von 5—10 Zimmern auf.

Die Größenverhältnisse der württembergischen Krankenhäuser lassen sich indessen erst richtig würdigen, wenn wir die einzelnen Anstalten nach der Zahl der vorhandenen Krankenbetten, d. h. nach ihrer Belegfähigkeit ins Auge fassen.

Die Gesamtzahl der für Krankenzwecke zur Verfügung stehenden Betten beträgt 6973; hievon entfallen

auf den Neckarkreis

2923 Betten, mithin auf ein Krankenhaus dieses Kreises 69 Betten,

auf den Schwarzwaldkreis

1354 Betten, mithin auf ein Krankenhaus dieses Kreises 35 Betten,

auf den Jagstkreis

953 Betten, mithin auf ein Krankenhaus dieses Kreises 28 Betten,

auf den Donaukreis

1737 Betten, mithin auf ein Krankenhaus dieses Kreises 35 Betten.

---

[1]) Das Bürgerhospital, das Ludwigshospital und das Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart, das städtische Krankenhaus Heilbronn, das Bezirkskrankenhaus in Cannstatt, das städtische Krankenhaus Ulm (innere Abteilung).

[2]) Die Diakonissenanstalt Stuttgart, das städtische Hospital Gmünd und das Elisabethenkrankenhaus in Ravensburg.

[3]) Das Katharinenhospital und das Marienhospital in Stuttgart (eventuell ist auch das städtische Krankenhaus Ulm hierzu zu rechnen, wenn die räumlich getrennte innere und äußere Abteilung als ein Krankenhaus betrachtet wird).

Bei weitem die geringste Bettenzahl nicht nur absolut, sondern auch im einzelnen Krankenhaus hat hiernach der Jagstkreis. Die außerordentlich hohe Durchschnittzahl der Betten im Neckarkreis ist auch hier ausschließlich auf die sechs Stuttgarter Krankenhäuser zurückzuführen, welche allein 1578 Betten, d. h. weit mehr als der gesamte Jagstkreis, besitzen und auch vom Neckarkreis mehr als die Hälfte sämtlicher vorhandenen Betten in sich vereinigen.

Im einzelnen lassen sich die Größenverhältnisse der Krankenhäuser des Landes aus nachstehender Tabelle entnehmen.

1—5	Betten	besitzen	2	Krankenhäuser
5—10	„	„	22	„
10—20	„	„	33	„
20—30	„	„	44	„
30—40	„	„	18	„
40—50	„	„	14	„
50—100	„	„	18[1]	„
100—150	„	„	7[2]	„
150—200	„	„	1[3]	„
200—300	„	„	2[4]	„
über 300	„	„	2[5]	„

[1]) Bezirkskrankenhaus in Böblingen, das neue und alte Krankenhaus in Eßlingen, das Bezirkskrankenhaus Reutlingen, das Spital in Rottenburg, das Heiligengeisthospital in Rottweil, das städt. Krankenhaus Aalen, das Bezirkskrankenhaus Ellwangen, die Bezirkskrankenhäuser Heidenheim, Ebingen, Geislingen, das städt. Krankenhaus Göppingen, Bezirkskrankenhaus Laupheim, städt. Hospital und Elisabethenkrankenhaus Ravensburg, Bezirkskrankenhaus Tettnang, das Hospital in Biberach und das Bezirkskrankenhaus Blaubeuren.

[2]) Das Ludwigsspital, Diakonissenhaus und Karl-Olga-Krankenhaus Stuttgart, das Bezirkskrankenhaus Ludwigsburg, das städt. Spital Gmünd und die beiden Krankenhäuser in Ulm.

[3]) Bezirkskrankenhaus Cannstatt.

[4]) Städt. Krankenhaus Heilbronn und Bürgerhospital Stuttgart.

[5]) Katharinen- und Marienhospital Stuttgart.

Die beiden Krankenhäuser mit 1—5 Betten sind als sogen. Krankenstuben zu bezeichnen, und auch unter der Zahl der Krankenhäuser mit 5—10 Betten sind mehrere Unternehmungen enthalten, welche als eigentliche Krankenhäuser kaum in Betracht kommen; meist in kleinen Landorten gelegen, erfüllen sie als Räume zur Unterbringung von Kranken namentlich in Notfällen und bei leichteren Erkrankungen ihren Zweck immerhin. Im übrigen ergibt sich aus dieser Zusammenstellung, daß bis zu 20 Betten 35 Prozent der württembergischen Krankenhäuser besitzen (kleine Krankenhäuser), bis zu 50 Betten (mittlere Krankenhäuser) 45 Prozent, also die Mehrzahl, und über 50 Betten (große Krankenhäuser) 20 Prozent, unter welchen wieder 8 Prozent mehr als 100 Betten besitzen.

Die Verteilung der Krankenanstalten innerhalb des Landes ist entsprechend der historischen Entwicklung des württembergischen Krankenhauswesens eine außerordentlich verschiedene.

Während 43 Oberämter 2 und mehr Krankenhäuser im Bezirk besitzen, haben die übrigen 21 nur ein Krankenhaus, oder anders ausgedrückt: während in einer Reihe von Oberamtsbezirken Zentralisation und nur ein Krankenhaus mit einer größeren Anzahl von Krankenzimmern und -Betten besteht, weisen andere Oberamtsbezirke eine Mehrzahl von Krankenhäusern kleineren Umfanges auf. Unter anderem besitzen verhältnismäßig dünn bevölkerte Bezirke wie Gerabronn nicht weniger als 5 Krankenhäuser mit 35 Zimmern und 75 Betten, der O.-A.-Bezirk Waldsee gleichfalls 5 Krankenhäuser mit 61 Zimmern und 153 Betten, Isny 6 Krankenhäuser mit 25 Zimmern und 68 Betten. Andererseits haben Bezirke wie Heilbronn nur ein Krankenhaus mit 29 Zimmern und 228 Betten, Gmünd ein solches mit 44 Zimmern und 147 Betten, Rottenburg ein Krankenhaus mit 25 Zimmern und 80 Betten. Es ist ferner zu berück-

sichtigen, daß die größten Krankenhäuser des Landes, welche mit einem hervorragenden ärztlichen und Pflegepersonal ausgestattet sind, wie die Hospitäler in Stuttgart, Ulm, Heilbronn und Gmünd, ähnlich wie die Universitätskliniken in Tübingen einen Zuzug von Kranken vom ganzen Land erhalten und damit in gewissen Beziehungen die Stellung von Landesinstituten einnehmen. Immerhin ist die Zahl der in den einzelnen Oberamtsbezirken für Krankenzwecke bereit stehenden Betten im Verhältnis zur Einwohnerzahl noch eine außerordentlich verschiedene. Legt man als Maßstab den von der medizinischen Wissenschaft aufgestellten Grundsatz an, daß für 100 Einwohner mindestens 3 Krankenhausbetten zur Verfügung stehen sollen[1]), so ergibt sich, daß diese Forderung in sehr vielen Oberamtsbezirken nicht erfüllt ist. Von den 4 Kreisen werden nur der Neckarkreis und der Donaukreis dem Bedürfnis gerecht, in den beiden anderen Kreisen[2]) stehen für je 1000 Einwohner durchschnittlich nur 2 Betten zur Verfügung. Was die einzelnen Oberamtsbezirke betrifft, so kommt in dem Oberamtsbezirk Marbach auf 1000 Einwohner nicht einmal ein Bett, in den Oberamtsbezirken Backnang, Freudenstadt, Horb, Nürtingen, Urach, Crailsheim, Kirchheim ist letzteres gerade noch der Fall, es kommt hier auf 1000 Einwohner ein Bett, in den Oberamtsbezirken Besigheim, Maulbronn, Neckarsulm, Göppingen entfallen auf 100 Einwohner 2 Betten, bei einer ganzen Reihe anderer Bezirke nur knapp 3 Betten. Andererseits kommen in Stuttgart auf 1000 Einwohner 8 Betten, in Ravensburg 5 Betten, in Gmünd gleichfalls 5 Betten.

---

[1]) vgl. Handbuch der Krankenversorgung u. Krankenpflege, herausgegeben von Dr. G. Liebe, Dr. Paul Jakobsohn, G. Mayer 1. Bd. S. 765.

[2]) Im Schwarzwaldkreis verschiebt sich auch bei Einrechnung der Bettenzahl der medizinischen und chirurgischen Klinik in Tübingen das Zahlenverhältnis nicht wesentlich.

Das ungünstige Verhältnis wird zum Teil gemildert, wenn man in Betracht zieht, daß die Oberamtsgrenze meistens kein Hindernis dafür bildet, das nächstgelegene Krankenhaus eines benachbarten O.-A.-Bezirks in Anspruch zu nehmen; sodann bleibt zu berücksichtigen, daß das Krankenhausbedürfnis nicht überall dasselbe ist, da die Erkrankungshäufigkeit je nach der Örtlichkeit, nach der Zusammensetzung der Bevölkerung (vorwiegend Fabrik- oder ländliche Bevölkerung), dem Grade des Wohlstandes der einzelnen Bezirke, der Dichtigkeit des Zusammenwohnens, der Wohnungsverhältnisse usw. eine sehr verschiedenes ist. Immerhin beweisen die Berichte der Mehrzahl der Krankenhausverwaltungen, daß sich zu gewissen Jahreszeiten eine nachteilige Überfüllung der Krankenhäuser geltend macht, zur Genüge, daß die vorhandenen Krankenräume bezw. die Zahl der vorhandenen Krankenbetten in vielen Bezirken eine unzulängliche ist und daß der Zukunft noch eine große Aufgabe bevorsteht, um die bestehenden Lücken auszugleichen.

Vielleicht sollte durch gesetzliche Bestimmungen für Vermehrung der Krankenhäuser und Betten gesorgt werden, d. h. dadurch, daß öffentlichen Verbänden die Pflicht zur Beschaffung in gewissem Umfang auferlegt wird. Wenn auch nicht verlangt werden kann, daß jede größere Gemeinde ein eigenes Krankenhaus besitzt, so sollte doch Vorsorge getroffen werden, daß in mehreren Gemeinden eines Oberamtsbezirks bei eintretenden Notfällen, insbesondere bei ansteckenden Krankheiten und bei Unglücksfällen einige Betten in geeigneten Räumlichkeiten und zweckmäßige Krankentransportmittel zur Verfügung stehen, und daß wenigstens für eine Mehrzahl von Gemeinden zusammen oder für den ganzen Oberamtsbezirk ein Krankenhaus mit so vielen und derartig beschaffenen Räumen zur Verfügung steht, daß selbst bei einem hohen Krankenstand und namentlich bei Epidemien, bei welchen sich das Bedürfnis nach

einem Krankenhaus in besonderem Maße geltend macht, Platz zur Aufnahme von Kranken vorhanden ist. Die Einrichtung sogen. Epidemiebaracken, welche bis jetzt nur bei 24 Krankenhäusern besteht, sollte als eine der wichtigsten Forderungen im öffentlichen Interesse bei sämtlichen Krankenhäusern verlangt werden; die Notwendigkeit derselben hat sich erst neuerdings in Göppingen anläßlich des Ausbruches der Typhusepidemie im Jahre 1902 aufs evidenteste erwiesen.

Was die Bestimmung der Zahl und Größe der Krankenzimmer in einem Krankenhaus betrifft, so ist daran festzuhalten, daß die öffentlichen Hospitäler in ihrer hauptsächlichsten Bestimmung eine Heilstätte für solche Kranke bilden sollen, welchen es an geeigneten Krankenräumen in ihrer eigenen Wohnung fehlt, also in erster Linie für mehr oder weniger Unbemittelte. Es ist daher nicht zu verlangen, daß die öffentlichen Krankenhäuser in jeder Beziehung dieselben Vorteile und Annehmlichkeiten darbieten, welche sich der mit materiellen Gütern ausgestattete Privatmann im Erkrankungsfalle verschaffen kann. Andererseits ist es aber eine berechtigte soziale Forderung, daß die Unzuträglichkeiten, welche in den Krankenhäusern für den einzelnen Kranken durch die Gemeinsamkeit des Aufenthalts mit einer größeren Zahl anderer Kranker erwachsen, durch eine entsprechende Einteilung und Einrichtung der Anstalt tunlichst gemildert werden. Es steht außer Frage, daß schon der Anblick einer Reihe von Schwerkranken, die Wahrnehmung von Blut und Eiter, von chirurgischen Instrumenten, das Stöhnen und Wehklagen manchen Kranken ängstigt und die eventuellen Nachteile der Krankenhausbehandlung fühlen läßt, oder daß die Vornahme gewisser Handlungen im Angesicht anderer Kranker das Schamgefühl der Kranken verletzt.

Es erscheint daher dringend geboten, daß diesen Nachteilen begegnet und auch dadurch der Auffassung entgegengetreten

wird, daß die Spitalbehandlung eine untergeordnete Krankenpflege sei, in die sich die arbeitenden und dienenden Klassen zu fügen haben. Neben einer angemessenen Einrichtung der Ausstattung der Krankenräume, welche so weit zu gehen hat, als sie den Heilzweck fördert (sogen. Krankenkomfort), erscheinen als wesentlichste Mittel, um jenen Mißständen zu begegnen, einerseits die Einrichtung einer genügenden Anzahl von Krankenzimmern, um eine tunlichst weitgehende Verteilung der Kranken nach der Art und dem Grad der Krankheit zu ermöglichen, und andererseits eine niedrige Bemessung der Höchstzahl der Betten in jedem Zimmer, nach der Meinung der Sachverständigen etwa auf 10. Die württembergischen Krankenhäuser werden diesen Forderungen noch vielfach nicht gerecht. Wenn auch die mittlere Bettenzahl 6 beträgt, so bestehen doch noch 28 Krankenhäuser, in welchen Räume mit 10—20 Betten und mehr bestehen; den größten Krankensaal besitzt das Bezirkskrankenhaus Cannstatt mit einer Zahl von 32 Betten.

VII. Die Krankenhauspfleglinge nach Zahl, Stand, Geschlecht, Lebensalter und Beruf.

Nach den letztmals für das Jahr 1902 vorliegenden statistischen Berechnungen sind in den allgemeinen Krankenhäusern des Landes in diesem Jahre verpflegt worden insgesamt 51 463 Personen; hiervon entfallen auf den

Neckarkreis	23 220	Personen
Schwarzwaldkreis	9 980	„
Jagstkreis	6 727	„
Donaukreis	11 536	„

Ein Vergleich mit den Belegungsziffern aus früheren Jahren ergibt, daß

im Jahre	1870	ca.	15 000
„ „	1875	„	15 836
„ „	1880	„	26 844
„ „	1885	„	27 166
„ „	1890	„	40 300
„ „	1895	„	47 067
„ „	1900	„	47 832

Kranke verpflegt wurden. Die Zahl derjenigen Personen, die in Krankheitsfällen ihre Zuflucht zum Krankenhaus nahmen, hat sich somit in den letzten 30 Jahren mehr als verdreifacht.

Setzen wir die Zahl der aufgenommenen Personen in Beziehung zu der Zahl der vorhandenen Krankenbetten, so zeigt es sich, daß

ein Bett	durchschnittlich	im	Neckarkreis	7,9	mal
„ „	„	„	Schwarzwaldkreis	7,3	„
„ „	„	„	Jagstkreis	7,04	„
„ „	„	„	Donaukreis	6,6	„

im Jahre benutzt wurde; die durchschnittliche Belegungsziffer ist hiernach in allen vier Kreisen annähernd gleich. Es will nun scheinen, als ob die Benutzung der Krankenhäuser des Landes angesichts dieser Zahlen im ganzen eine geringfügige ist, so daß für die Unterbringung der Kranken jederzeit reichlich Raum vorhanden wäre. Demgegenüber ist einmal zu berücksichtigen, daß von der durchschnittlichen Belegungsziffer einzelne und besonders die wichtigen Krankenhäuser sehr wesentlich abweichen, es wird z. B. im Katharinenhospital Stuttgart ein Bett jährlich 19 mal, im Ludwigsspital daselbst 10 mal, im Stuttgarter Diakonissenhaus 12 mal, im dortigen Karl-Olga-Krankenhaus 12 mal, im Bezirkskrankenhaus Cannstatt 10 mal, im Bezirkskrankenhaus Rottweil 11 mal benutzt. Sodann ist zu beachten, daß es für die Beurteilung der Frage, wie oft im Jahr im Krankenhaus ein Bett belegt werden kann, sehr wesentlich auf die Zeitdauer der Krankheitsfälle ankommt. Letztere ist naturgemäß

außerordentlich verschieden und hängt besonders davon ab, ob vorwiegend innere oder äußerliche Kranke anfallen, ob mehr ältere Personen, welche durchschnittlich länger behandelt werden müssen, oder mehr jüngere Personen, deren durchschnittlich leichtere Erkrankung meist nach kurzer Behandlung zur Entlassung führt, im Krankenhaus aufgenommen werden müssen. Nach den bei den Krankenhausverwaltungen eingezogenen Berichten kann die durchschnittliche Verpflegungsdauer etwa auf vier Wochen bemessen werden. Legt man diesen Zeitraum zugrunde, so ergibt sich, daß in den württembergischen Krankenhäusern ein Bett durchschnittlich im Jahre an ca. 200 Tagen benutzt wird, während bei den wichtigeren Krankenhäusern sich diese Zahl bis zu 300 und mehr Tagen erstreckt.

Endlich ist in Betracht zu ziehen, daß die Krankenhäuser nicht gleichmäßig während des Jahres in Anspruch genommen werden, daß sich vielmehr im Herbst und Winter ein größeres Bedürfnis geltend macht als in den beiden anderen Jahreszeiten, und daß vor allem die Witterung auf die Frequenz der Krankenhäuser von großem Einfluß ist.

Zieht man diese Tatsachen in Erwägung, so ergibt sich, daß die durchschnittliche Belegungsziffer für ein Bett sehr wesentlich hinter der Gesamtzahl der Tage im Jahre zurückbleiben muß und daß, um der Ungleichmäßigkeit in der Benutzung Rechnung zu tragen, eine gewisse Reserve von Krankenbetten in jedem Krankenhaus vorhanden sein muß.

Daß letzteres in vielen unserer Krankenhäuser nicht der Fall ist, beweisen, wie wir gesehen haben, die Berichte der Krankenhausverwaltungen, nach denen sich zu gewissen Zeiten ein Platzmangel geltend macht, welcher entweder zur Abweisung von Kranken oder dazu führen muß, daß das Heilverfahren abgekürzt wird, wodurch der Unbemittelte dazu gezwungen wird, vor Wiedererlangung seiner vollen Arbeitskraft und

Arbeitsfähigkeit seine Berufsarbeit wieder aufzunehmen — unter der Gefahr des Rückfalls oder Siechtums. Da ferner die Zunahme der Bettenzahl der Bevölkerungszunahme nicht genau proportional ist, so muß notwendig die Unzulänglichkeit mit der Zeit wachsen.

Man wird nun gegen die Abkürzung des Heilverfahrens in den Krankenhäusern dann nichts einzuwenden haben, wenn dafür gesorgt wird, daß einerseits für Insassen mit lange währender Krankheit, wie z. B. Lungenkranke, Epileptiker, eigene Heilstätten errichtet und andererseits Rekonvaleszenten in besonderen Erholungsheimen die Möglichkeit vollständiger Genesung gegeben wird.[1]) Im letzteren Punkt vereinigen sich die Forderungen der medizinischen Wissenschaft mit den finanziellen Interessen der Gemeinden und Körperschaften; denn da die Rekonvaleszenten eine wesentlich einfachere Pflege beanspruchen als Kranke, so erfordern auch die Anstalten für dieselben bei weitem nicht den Aufwand wie die Krankenhäuser.

Fassen wir nun die Anstaltsinsassen näher ins Auge, so lassen sich 3 Gruppen unterscheiden, welche zugleich die soziale Stellung ihrer Angehörigen zum Ausdruck bringen. Es sind dies 1. die Selbstzahlenden, also Angehörige der besitzenden Klassen; 2. die Mitglieder der Arbeiter-Versicherungseinrichtungen, mithin das Gros der arbeitenden und dienenden Bevölkerung; 3. die auf Rechnung der Armenverbände ver-

[1]) In Württemberg sind zu nennen: Das Erholungsheim Neustädtle bei Neustadt O.-A. Waiblingen, gegründet 1895 vom Verband Stuttgarter Ortskrankenkassen für Kassenmitglieder zur weiteren Erholung nach überstandener Krankheit; das erste öffentliche Erholungshaus in Heilbronn zu gleichem Zwecke; das Genesungsheim in Stammheim für weibliche Dienstboten zur Erholung nach überstandener Krankheit; das Erholungsheim in Aglishaardt O.-A. Urach für Frauen und Mädchen nach überstandener Krankheit; das Erholungsheim für Kinder in Stuttgart, erbaut vom Verein für Ferienkolonien.

pflegten Personen, also Arme und Vermögenslose, zu denen auch diejenigen zu rechnen sind, die auf Rechnung von öffentlichen Stiftungen und durch Freibetten verpflegt werden. In welchem Verhältnis diese Kategorien in den Krankenhäusern in den letzten Jahren vertreten waren, ergibt sich aus der nachstehenden Zusammenstellung; es waren

	Selbstzahlende	Kassenmitglieder	Auf Rechnung von Armenverbänden, Freibett., Stiftung.
Im Jahr 1895	7 Prozent	69 Prozent	24 Prozent
„ 1896	8,8 „	69,6 „	21,6 „
„ 1897	10,3 „	68 „	25,7 „
„ 1898	9,8 „	68,3 „	25,9 „
„ 1899	9,9 „	69,1 „	25 „
„ 1900	11,1 „	69,9 „	19 „
„ 1901	11,9 „	67,7 „	20,6 „
„ 1902	11,1 „	62,9 „	26 „

Die Krankenkassenmitglieder machen hiernach ungefähr $^2/_3$ sämtlicher Krankenhausinsassen aus, während sich in das übrige Drittel die Selbstzahlenden und die Armen teilen. — Gleichzeitig ergibt sich aus dieser Tabelle, daß die Zahl der selbstzahlenden Krankenhauspfleglinge ständig im Wachsen begriffen ist. Zeigt sich dies schon bei Betrachtung der württembergischen Krankenhäuser in ihrer Gesamtheit, so machen wir diese Wahrnehmung im besonderen bei den neueren Krankenhäusern; es stiegen die auf eigene Rechnung verpflegten Personen bis zum Jahre 1903 z. B. in dem Elisabethenkrankenhaus in Ravensburg auf 69, im Bezirkskrankenhaus Brackenheim auf 37, Böblingen auf 24, Maulbronn auf 71, Rottenburg auf 20, Heilbronn auf 19, Schorndorf auf 18, in den Stuttgarter Krankenhäusern Ludwigsspital auf 55, Diakonissenhaus auf 45, Karl-Olga-Krankenhaus auf 21 Prozent, gewiß ein Beweis dafür, daß die Erkenntnis von dem hohen Wert der Krankenbehandlung in einem mit tüchtigen Ärzten, geschultem Pflege-

personal ausgestatteten Krankenhaus in immer weitere Kreise durchdringt.

Das Verhältnis, in dem die beiden Geschlechter von den Krankenhäusern Gebrauch machen, ist seit langer Zeit ziemlich gleich geblieben, und zwar setzen sich die Krankenhausinsassen zu 2 Dritteilen aus männlichen und nur zu einem Dritteil aus weiblichen Personen zusammen. Es findet diese Erscheinung in der Tatsache ihre Erklärung, daß beinahe 70 Prozent unserer Krankenhauspfleglinge Krankenkassenmitglieder, also Fabrikarbeiter, landwirtschaftliche Arbeiter usw. sind, welche bei weitem in der Mehrzahl dem männlichen Geschlecht angehören. In Bezirken, in denen vorzugsweise Gewerbebetriebe mit weiblichen Arbeitskräften oder vorzugsweise landwirtschaftliche Betriebe bestehen, findet sich denn auch dieses Verhältnis wesentlich verschoben, wenn nicht umgekehrt, wie auch vor Einführung der Versicherungseinrichtungen die Zahl der weiblichen Pfleglinge derjenigen der männlichen im großen und ganzen gleich war.

Was die einzelnen Altersstufen betrifft, so sind dieselben durchschnittlich in unseren Krankenhäusern wie folgt vertreten:

bis zu	14 Jahren	1	Prozent,
von 14—20	„	15	„
„ 20—30	„	35	„
„ 30—40	„	20	„
„ 40—50	„	12	„
„ 50—60	„	7	„
„ 60—90	„	10	„

Die Mehrzahl der Krankenhauspfleglinge gehört hiernach dem Alter von 20—40 Jahren, also jüngeren Jahrgängen an. Diese an und für sich auffallende Tatsache erklärt sich daraus, daß die Krankenhäuser hauptsächlich den ledigen Personen dienen, die beinahe 80 Prozent sämtlicher Pfleglinge stellen. Die älteren verheirateten Personen er-

halten in Krankheitsfällen ihre Verpflegung meistens in der Familie. In Übereinstimmung mit dieser Erscheinung sind auch die weiblichen Personen fast durchweg nur in den jüngeren Jahren in den Krankenhäusern vertreten.

Das Maß, in dem Industrie und Landwirtschaft, Ansässige und Ortsfremde von dem Krankenhaus Gebrauch zu machen pflegen, hängt naturgemäß davon ab, ob es sich um einen vorwiegend industriellen oder landwirtschaftlichen Bezirk handelt; es zeigt sich dies in den nachstehenden Zahlen, deren drei erste Reihen sich auf Krankenhäuser in Orten mit starker Industrie beziehen, während die nachher genannten Anstalten sich in hauptsächlich landwirtschaftlichen Bezirken befinden; es betragen

	Angehörige der Industie	Angehörige der Landwirtschaft	Ansässige	Ortsfremde
Im städt. Krankenhaus Göppingen	85 Proz.	15 Proz.	50 Proz.	50 Proz.
Im städt. Krankenhaus Reutlingen	80–90 „	10–20 „	30 „	70 „
Im Bezirkskrankenhaus Balingen	63 „	37 „	35 „	65 „
Im städt. Krankenhaus Biberach	55 „	45 „	60 „	40 „
Im städt. Krankenhaus Blaubeuren	50 „	50 „	55 „	45 „
Im städt. Krankenhaus Mengen	50 „	50 „	40 „	60 „
Im Bezirkskrankenhaus Ehingen	30 „	70 „	60 „	40 „
Im Bezirkskrankenhaus Wangen	33 „	67 „	75 „	25 „

Ganz allgemein ist hervorzuheben, daß die Aufnahme in keinem der Krankenhäuser des Landes, selbst nicht in den älteren, davon abhängig gemacht wird, daß der Aufzunehmende

in dem Bezirk, in dem das Krankenhaus liegt, seinen Wohnsitz hat. Es besteht allerdings für das Verhältnis von Bezirksangehörigen und von Auswärtigen zu dem Krankenhaus insofern ein gewisser Unterschied, als in den meisten Krankenhäusern nur den ersteren ein förmlicher Rechtsanspruch auf die Aufnahme im Falle der Erfüllung der Aufnahmebedingungen eingeräumt ist, während für die außerhalb des Bezirks Wohnenden die Aufnahme in das freie Ermessen der Krankenhausverwaltung gestellt ist. Tatsächlich scheint jedoch eine verschiedene Behandlung nicht Platz zu greifen, es sei denn, daß Raummangel dazu drängt. Grundsätzlich findet demnach in den württembergischen Krankenhäusern im allgemeinen jedermann Aufnahme, der die Kosten der Verpflegung zu bestreiten imstande ist oder die Bezahlung durch Dritte (Kranken-, Armen-, Stiftungskasse) sichergestellt erhält. Die Grenzen der einzelnen Bezirke sind in dieser Hinsicht völlig verwischt, wenngleich dadurch, daß die Krankenkassen in der Regel mit bestimmten Krankenhäusern ihre Verträge abzuschließen pflegen, wenigstens für die Kassenmitglieder die Wahl des Krankenhauses eine begrenzte ist.

VIII. Das ärztliche und das Pflegepersonal in den württembergischen Krankenhäusern.

Die Ausstattung der Krankenanstalten des Landes ist eine verschiedene, je nachdem es sich um ein größeres oder kleineres Krankenhaus handelt. Während die ersteren mit ständigem ärztlichen Dienst versehen und von Ärzten geleitet sind, welche ihre Haupttätigkeit dem Krankenhaus widmen, unterscheidet sich die Tätigkeit des Arztes in kleineren Krankenhäusern von derjenigen bei der Krankenpflege in Privathäusern nur wenig. Hier wie dort ist der Arzt in der Regel nur für kurze Zeit am Tage oder nur an einzelnen Tagen der Woche an-

wesend, um dann die Pflege und Behandlung des Kranken Dritten, in den Krankenhäusern regelmäßig einem besonderen Wartepersonal zu überlassen.

Die Anstellung des Arztes erfolgt bei den größeren Krankenhäusern gegen Gehalt, bei den kleineren, die einen ausgedehnten ärztlichen Dienst nicht beanspruchen, meist gegen sogen. Wartegeld; bei den letzteren ist sehr häufig der Armenarzt zugleich Spital- oder Krankenhausarzt. Während die Anstellung bei den nicht im Eigentum der Gemeinden und Körperschaften stehenden Krankenhäusern lediglich auf einem Privat-Vertragsverhältnis beruht, unterliegt die Anstellung bei einem kommunalen Krankenhaus, und zwar nicht nur diejenige der dirigierenden Ärzte, sondern auch die der Assistenzärzte staatlicher Genehmigung, welche seitens der Kreisregierungen ausgesprochen wird.[1])

Im allgemeinen ist das System des „Krankenhausarztes" in den württembergischen Krankenhäusern zum Prinzip erhoben, d. h. bestimmt, daß außer dem ausdrücklich für den ärztlichen Dienst im Krankenhaus bestellten Arzt oder der Mehrheit derselben andere Ärzte zur Krankenbehandlung im Krankenhaus nicht zugelassen sind. Dieses System hat jedenfalls den Nachteil, daß mangelndes Vertrauen zum Krankenhausarzt die Veranlassung bilden kann, daß Personen, die die Krankenhausbehandlung der privaten Pflege vorgezogen hätten, unter diesen Verhältnissen davon abstehen. Andererseits freilich liegt es auf der Hand, daß eine gleichzeitige Ordination verschiedener Ärzte nebeneinander im Krankenhaus ohne räumliche Scheidung der Kranken schon wegen der Mög-

[1]) Art. 6 des Gesetzes vom 17. Juli 1824 betr. die Übernahme der Gehalte öffentlicher Ärzte auf die Staatskasse und Erlaß des Min. des Innern vom 15. Januar 1872 Nr. 554 (Fleischhauer, Die württembergische Gesetzgebung über die Verwaltung der Gemeinden usw. S. 549) betr. die Bestätigung der mit Wartegeld angestellten Ärzte.

lichkeit der Behandlung einer und derselben Krankheit nach verschiedenen Heilmethoden ausgeschlossen ist. Dagegen dürfte es wohl ausführbar erscheinen, daß den praktischen Ärzten Gelegenheit gegeben wird, in räumlich abgeschiedenen Teilen, in besonderen Zimmern des Krankenhauses Kranke unterzubringen und „klinisch" zu behandeln. Es ist z. B. an die Fälle zu denken, daß in einem Ort der eine oder andere Arzt für bestimmte Krankheiten, z. B. für Augenkrankheiten oder für Geburtshilfe besondere Fähigkeiten zeigt, für die Errichtung einer besonderen Augen- oder gynäkologischen Klinik aber ein Bedürfnis nicht vorhanden ist. Ganz besonders aber kommt dieser Gesichtspunkt für diejenigen Fälle in Frage, in welchen Operationen vorzunehmen sind, die sich im Privathaus nur schwer oder gar nicht bewerkstelligen lassen. Hier ist schon im allgemeinen Interesse zu fordern, daß das Operationszimmer eines Krankenhauses auch anderen Ärzten als dem Krankenhausarzt zur Verfügung steht. Tatsächlich ist z. B. in dem von den barmherzigen Schwestern von Untermarchtal geleiteten Marienhospital in Stuttgart den prakt. Ärzten diese Befugnis eingeräumt worden, und in gleicher Weise soll dies künftig in dem neuen Krankenhaus der evang. Diakonissenanstalt[1]) in Stuttgart der Fall sein. Auch in 34 anderen, meist kleineren Krankenhäusern des Landes ist teils dadurch, daß ganz allgemein den prakt. Ärzten die Verbringung von Kranken ins Krankenhaus oder doch die Gelegenheit zu Operationen ermöglicht wurde, diesem Bedürfnis entsprochen worden; dagegen fehlt diese Möglichkeit in allen übrigen Krankenhäusern und vor allem in den größeren vollständig. In 9 Krankenhäusern ist die Bestimmung getroffen, daß der ärztliche Dienst (viertel-, halb- oder jährlich)

[1]) Zu Operationen sind auch bereits im alten Krankenhaus andere als Anstaltsärzte zugelassen, in den übrigen großen Krankenhäusern, abgesehen vom Marienhospital, ist das nicht der Fall.

unter den praktischen Ärzten des Krankenhaussitzes wechselt, eine Einrichtung, welche schwerlich im Interesse des Krankenhauses gelegen sein dürfte.

Im übrigen haben von den 163 Krankenanstalten des Landes 31 mehr als einen Krankenhausarzt, 14 außerdem noch Assistenzärzte.

Soweit mehr als ein Arzt angestellt ist, sind die Kranken nach dem Geschlecht unter sie verteilt. Nur in den größten Krankenhäusern finden sich außerdem besondere Abteilungen für innerliche und äußerliche Kranke.

Neben dem ärztlichen ist es sodann vor allem das Pflege- und Warte-Personal des Krankenhauses, dessen hervorragende Wichtigkeit sowohl für die offene als die geschlossene Krankenpflege immer mehr erkannt und dessen Heranbildung und Vermehrung neuerdings eine ganz besondere Sorgfalt gewidmet wird. Die Tätigkeit des Pflegepersonals beeinflußt nicht nur die Ausgaben und die gesamten Wirtschaftsverhältnisse des Krankenhausbetriebs, auch die Erfolge der ärztlichen Tätigkeit sind unmittelbar von der Qualität des Wartepersonals abhängig, nicht minder das Behagen des Kranken. Angesichts der Notwendigkeit, für die zwischen den ärztlichen Krankenbesuchen liegende Zeit einen geeigneten Ersatz des Arztes zum Zweck der ungestörten fortdauernden, wissenschaftlich geordneten Fürsorge für Kranke zu beschaffen, erscheint eine geschulte Krankenwartung unmittelbar als wesentlicher Heilfaktor. Es ist denn auch nicht zum wenigsten auf die von Jahr zu Jahr zunehmende Verwendung von beruflich vorgebildeten Krankenschwestern in unseren Krankenhäusern zurückzuführen, daß sich das Ansehen der Krankenhausbehandlung wesentlich gehoben hat und die Klagen über mangelhafte Behandlung und Verpflegung immer mehr verstummen.

Freilich wird von den Krankenhausverwaltungen sowohl als von den Anstalten für die Ausbildung von Kranken-

pflegern und -Pflegerinnen heute vielfach Klage geführt über den Mangel an geeigneten Kräften; dem seit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung steigenden Bedarf an Pflegepersonal steht kein wachsendes Angebot gegenüber. Der Grund hierfür ist zum großen Teil jedenfalls darin zu suchen, daß die Anforderungen an die Krankenhauswartung mit den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft immer größere werden, und daß gerade die Stellung der Krankenhausschwester, welche den verschiedenen Kategorien von Kranken gegenüber den richtigen Takt und andererseits ihre Autorität wahren und den Geist der Verträglichkeit pflegen soll, mitunter eine recht schwierige ist. Gegenüber einer vielfach vertretenen Ansicht,[1]) daß nur Personen aus gebildeten Kreisen zur Krankenpflege heranzuziehen sind, bei denen schon die im Elternhaus genossene Erziehung und bessere Schulbildung eine Gewähr für die erforderlichen sittlichen- Fähigkeiten bietet, ist für das Wartepersonal der Mehrzahl unserer Krankenhäuser unbedingt daran festzuhalten, daß zum Pflegeberuf Personen aus einfachen Kreisen vorzuziehen sind, soweit sie nur diejenigen Charaktereigenschaften besitzen, welche wie Geduld, Teilnahme, Ausdauer, Pflichttreue, Entschlossenheit — für den Krankenpflegeberuf von außerordentlicher Wichtigkeit sind. Man denke dabei an die Wartung und Pflege eines gewöhnlichen Arbeiters und vergegenwärtige sich, daß die Krankenhauspfleglinge größtenteils den sozial niederstehenden Klassen angehören. Hier wird eine einfachen Kreisen entstammende, mit der erforderlichen natürlichen Begabung und Fachausbildung versehene Person weit eher am Platze sein, als gebildete Mädchen.

Das Wartepersonal unserer Krankenhäuser rekrutiert sich im Gegensatz zu den norddeutschen Anstalten vornehmlich aus den religiösen Genossenschaften, auf evangelischer Seite

---

[1]) Dr. Brückner, Blätter f. soziale Praxis Jahrg. 16, 1894, S. 174.

aus den Diakonissenhäusern von Stuttgart und Schwäbisch Hall, auf katholischer Seite aus den Kongregationen der barmherzigen Schwestern vom Orden des heiligen Vincenz von Paula aus Untermarchtal und vom Orden des heiligen Franziskus in Reute O.-A. Waldsee. Neben diesen wird die Pflegetätigkeit ausgeübt von den im Dienst des Roten Kreuzes stehenden Olgaschwestern des Vereins für Krankenpflegerinnen in Stuttgart, sowie einer Anzahl weiblicher Personen, welche in einem der genannten evangelischen Mutterhäuser in der Krankenpflege ausgebildet sind, ohne in den eigentlichen Schwesternverband einzutreten.

Keine Krankenschwester besitzen heute nur noch 19 Anstalten, meist solche kleineren Umfangs, in welchen ein Hausmeister mit Frau und Familie die Krankenwartung zu versehen pflegen.

Wohl kaum in einem andern deutschen Staat wird die Tätigkeit der Krankenpflegerin in einem Krankenhaus eine so vielseitige und weitverzweigte sein, wie diejenige der Diakonissinnen und barmherzigen Schwestern in einem württembergischen Krankenhaus. Die Krankenschwester, bezw. wo mehrere angestellt sind, die Schwester-Oberin oder schlechthin Oberin genannt, ist hier nicht nur eine wichtige, unentbehrliche Stütze des Arztes, sondern sie hat auch den gesamten ökonomischen Betrieb des Krankenhauses in den Händen. Sie steht dem Haushalt und der Küche vor, besorgt die Beschaffung der Krankenhausbedürfnisse, überwacht die Hausordnung, trifft alle vorläufigen Anordnungen usw. usw. Von allen Krankenhäusern wird denselben nachgerühmt, daß, seitdem die Hauswirtschaft von den Schwestern geführt wird, die Zubereitung der Speisen eine schmackhaftere und zweckdienlichere ist, als zu den Zeiten, in denen dieselben einem Hausmeister (Spitalvater) übertragen war, daß sich seit dieser Zeit auch die Kosten der Administration erheblich vermindert haben, daß

der Dienst für die Ärzte namhaft erleichtert und angenehmer wurde, und daß im weitesten Sinne des Wortes „alle Verordnungen“ gewissenhaft und treu vollzogen werden.

Verdient hiernach die weibliche Krankenwartung in den württembergischen Krankenhäusern alle Anerkennung, so sollte auf der anderen Seite auch den größtenteils berechtigten Beschwerden der im weiblichen Pflegeberuf stehenden Personen über ihre Lebensverhältnisse im Krankenhaus die gebührende Beachtung geschenkt werden, einesteils dadurch, daß die Pflegerinnen von der groben Arbeit, wie sie noch vielfach gefordert wird, durch Einstellung einer genügenden Zahl von Dienstboten entlastet werden, andererseits dadurch, daß ihnen nicht Handreichungen zugemutet werden, welche sich für das weibliche Personal aus sittlichen Gründen nicht eignen und das Schamgefühl verletzen. Es ist nur an das Katheterisieren, die Bauchmassage, die Schmierkuren und die Behandlung Geschlechtskranker zu erinnern, Verrichtungen, für welche es in den kleineren Krankenhäusern, soweit nicht der Arzt selbst eintritt, regelmäßig an der erforderlichen männlichen Kraft fehlt. Dann würde sich gewiß auch aus gebildeten Kreisen der Zugang zum Schwesternberuf einstellen, der für die Versorgung der höheren Klassen zu wünschen ist und gegenwärtig vermißt wird.

Das weibliche Pflegepersonal überwiegt in den württembergischen Krankenhäusern bei weitem, männliche Personen werden im Pflegedienst nur in 22 Krankenhäusern verwendet. Die Gründe für diese Erscheinung liegen außer in den finanziellen Rücksichten im weiblichen Naturell, welches die Frauen zur Ausübung der Krankenpflege besonders befähigt.

Das männliche Pflegepersonal stammt in der Regel von der Brüderanstalt in Karlshöhe, zum Teil geht es auch aus dem militärischen Sanitäts- und Lazarettpersonal hervor. Viel-

fach aber müssen mangels ausreichender männlicher Kräfte Leute ohne jegliche berufliche Vorbildung genommen werden, welche aus irgend einer Dienststellung ins Krankenhaus übernommen werden, oder Leute, welche ihrem sonstigen Berufe eine Zeitlang den Rücken kehren, etwa um im Winter Unterschlupf zu finden, oder sich eine Zeitlang ordentlich verköstigen zu lassen, um sich dann wieder nach einer anderen Beschäftigung umzusehen. Aufreibender Dienst, wenig Freiheit und geringe Bezahlung bringen zum Nachteil einer geordneten Krankenpflege vielfach einen häufigen Wechsel in dem männlichen Pflegepersonal mit sich.

IX. Verwaltung und Aufsicht.

Bei der Mannigfaltigkeit und dem Umfange der Aufgaben des Krankenhauses ist das Problem der zweckmäßigsten Form der Verwaltung des Krankenhauses in Württemberg außerordentlich verschieden gelöst. Die Verschiedenheit örtlicher und historischer Verhältnisse, Stiftungsbestimmungen und besondere Anstaltszwecke erhöhen die Buntheit des Zustandes. Im allgemeinen ergibt sich folgendes Bild:

Die Verwaltung der meisten älteren Krankenhäuser ist, wie bereits erwähnt, noch ein Bestandteil der Armenverwaltung, deren Etat sie wesentlich beeinflußt. Verwaltungsorgan ist die Ortsarmenbehörde, für die laufenden Geschäfte der Armenpfleger oder ein besonderer Spitalverwalter. Bei den neueren städtischen Ortskrankenhäusern liegt die Verwaltung in kleineren Gemeinden unmittelbar in den Händen des Gemeinderates, bezw. der Ortsarmenbehörde, in größeren in den Händen einer besonderen Kommission; beiden steht die Anstellung des ärztlichen und Wartepersonals zu, während die laufenden Geschäfte vom Ortsvorsteher, Gemeindepfleger,

Armenpfleger oder einem ad hoc bestellten Spitalverwalter in Gemeinschaft mit den Krankenschwestern besorgt werden.

In den Bezirkskrankenhäusern ist Verwaltungsorgan der Amtsversammlungsausschuß; die laufenden Geschäfte besorgt der Oberamtspfleger oder auch hier ein besonderer Krankenhausverwalter, regelmäßig mit Unterstützung der Krankenhausschwester.

Bei den anderen Krankenhäusern ist es vielfach eine Kommission, der die Verwaltung nach den Stiftungs- und Gründungsbestimmungen übertragen ist.

Fast in sämtlichen Krankenhäusern ist die Funktion des leitenden Arztes auf den ärztlichen Dienst, d. h. auf die Behandlung der Kranken beschränkt, und nur ganz ausnahmsweise ist er Mitglied des Verwaltungsorgans. Wo er es nicht ist, steht ihm nur die Befugnis zu, an der Beratung teilzunehmen. Es erscheint damit dem Arzt, der durch Sachkenntnis und die stetige Gelegenheit zur Beobachtung an erster Stelle berufen wäre, den inneren Betrieb der Anstalt zu überwachen und zu leiten, ein viel zu geringer Einfluß auf die Verwaltung eingeräumt. Da in einem Krankenhaus alle Einrichtungen, Maßregeln und Anordnungen mit den Heilzwecken in unmittelbarem Zusammenhang stehen, so ist es nicht nur nützlich, sondern auch geboten, dem Arzt einen unmittelbaren bestimmenden Einfluß auch in der Verwaltung des Krankenhauses einzuräumen. Eine Trennung der Machtbefugnisse in ein ärztliches und administratives Gebiet, d. h. die Übertragung der ärztlichen Funktionen an einen Arzt und der Verwaltungsgeschäfte an einen Verwaltungsbeamten muß notwendig zu Kompetenzkonflikten führen, da es bei dem Betrieb eines Krankenhauses eine nicht geringe Zahl von Gebieten gibt, welche ebensowohl zu den administrativen als zu den sanitären Aufgaben zu rechnen sind; es braucht hier nur an die wichtigen und zahlreichen Forderungen der

Krankenhaushygiene, an die Frage der Beleuchtung, Heizung, Lüftung, Wasserversorgung, Desinfektion und Reinigung erinnert zu werden.

Während nun die Gestaltung der ärztlichen Leitung der Krankenhäuser und die Behandlung der Kranken ins freie Ermessen der Krankenhausleiter gestellt ist, hat sich doch der Staat vom Standpunkt der Gesundheitspolizei ein gewisses Aufsichtsrecht über die Krankenhäuser vorbehalten. Dieses Aufsichtsrecht ist indessen ein grundsätzlich verschiedenes, je nachdem es sich um Privatkrankenhäuser, Krankenhäuser geistlicher Orden und Vereine, privater Stiftungen einerseits und um Krankenhäuser der Gemeinden und kommunalen Verbände andererseits handelt. Während sich die Einwirkung gegenüber den ersteren in dem sogen. allgemeinen Aufsichtsrecht, das der Staat gegenüber jedermann ausübt, erschöpft, stehen ihm gegenüber den kommunalen Krankenhäusern, die öffentliche Einrichtungen und Unternehmungen sind und einen Bestandteil der kommunalen Verwaltung bilden, die spezifischen Aufsichtsbefugnisse zu, die der Staat gegenüber sämtlichen Einrichtungen der Kommunen auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen zu entfalten befugt ist. Es erhellt hieraus, daß sich der Staat der nicht öffentlichen Krankenhäuser nur in Fällen gemeiner Gefahr, in Notstandsfällen und auch dann nur gegen Entschädigung bedienen kann, während er die Gemeinde- und Amtskörperschaftskrankenhäuser auch ohne diese Voraussetzung zur Verfolgung seiner Aufgaben in Anspruch nehmen kann. Dieses Rechtsverhältnis kommt auch darin zum Ausdruck, daß sich der Geschäftsbetrieb der privaten Krankenhäuser ohne irgend welche behördliche Mitwirkung und Verantwortung vollzieht, daß die Aufnahme in diesen Krankenhäusern ausschließlich auf Gefahr der Aufnahmesuchenden erfolgt und etwaige Ansprüche, von der Verletzung öffentlicher Vorschriften abgesehen, lediglich auf dem Civilrechtsweg zu

verfolgen sind. Die Verwaltung der kommunalen Krankenhäuser dagegen steht unter behördlicher Kontrolle, und gegenüber den Anordnungen der Organe des Krankenhauses steht den Kranken das Recht der Beschwerde auf dem Verwaltungsweg offen. Im besonderen macht sich das Aufsichtsrecht des Staats gegenüber den Gemeinde- und Amtskörperschaftskrankenhäusern darin geltend, daß die gesamte Vermögensverwaltung derselben, die Aufstellung des Etats und die Revision der Rechnungen der Prüfung und Genehmigung der staatlichen Aufsichtsorgane nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften unterliegt.

Das staatliche Aufsichtsrecht wird ausgeübt in erster Instanz durch das Oberamt und durch das Oberamtsphysikat, welche unter anderem mindestens alle 6 Jahre gelegentlich der Medizinalvisitationen der Gemeinden auch die Krankenhäuser der betreffenden Orte einer Besichtigung zu unterwerfen, etwaige Klagen und Beschwerden entgegenzunehmen und auf Abstellung sämtlicher Mängel hinzuwirken haben.[1]) Gegenüber den Privatkrankenhäusern kann diese Einwirkung nur in „suasorischer Weise" geschehen.

Das Medizinalkollegium als Zentralbehörde für die Beaufsichtigung und technische Leitung des Medizinalwesens und der öffentlichen Gesundheitspflege hat in technischer Beziehung die Oberaufsicht über die Krankenhäuser. Zu diesem Behuf sind die Krankenhausärzte bezw. die Verwaltungen gehalten, an das Oberamtsphysikat jährlich Berichte zu erstatten über die Leistungen und Vorkommnisse der Anstalten. Die Oberamtsärzte haben diese Berichte mit ihren eigenen Wahrnehmungen und Bemerkungen in ihren Jahresberichten

---

[1]) Min.-Erl. v. 20. 10. 1875 betr. die ärztliche Visitation der Gemeinden in Absicht auf Gesundheitspflege.

dem Medizinalkollegium vorzutragen.[1]) Außerdem liegt dieser Stelle die Begutachtung der Baupläne für Gemeinde- und Bezirkskrankenhäuser und die Verwilligung von Staatsbeiträgen für diese Anstalten ob. Um persönlich Kenntnis von den Medizinalanstalten des Landes zu erhalten, findet alle 8 Jahre gelegentlich der medizinalpolizeilichen Oberamtsvisitation auch eine Besichtigung der Krankenanstalten des Oberamtsbezirks durch ein Mitglied des Medizinalkollegiums statt.[2])

Von der technischen Seite abgesehen, sind Medizinalbehörden höherer Instanz auch in Angelegenheiten der allgemeinen Krankenhäuser die Kreisregierungen[3]) und das Ministerium des Innern.[4])

X. Der innere Dienst in den Krankenhäusern (Verköstigung, Aufnahme und Entlassung der Kranken).

Der innere Dienst in den Krankenhäusern bezieht sich auf die Aufnahme der Kranken, die Aufsicht über dieselben und das Pflegepersonal, auf das Hauswesen, die Verköstigung, die Wartung und ärztliche Behandlung der Kranken; er zerfällt demnach in eine wirtschaftliche, pflegerische und ärztliche Tätigkeit.

Während in den größeren Krankenhäusern auf jeden dieser Dienste ein umfangreicher Geschäftskreis entfällt, gestaltet sich in den kleineren Anstalten der Betrieb so einfach,

---

[1]) K. Verordnung betr. die Veränderung in der Organisation der Medizinalbehörden vom 21. 10. 1880.

[2]) Min.-Verfg. betr. die Medizinalvisitation in den Oberamtsbezirken v. 1. Juli 1885.

[3]) K. Verordnung v. 15. 11. 1889 betr. d. Geschäftsgang bei den Kreisregierungen.

[4]) Das fünfte Edikt v. 1817.

daß er sich wenig von einer gewöhnlichen Haushaltung unterscheidet.

Die Wirtschaft im Krankenhaus wird entweder in Selbstverwaltung betrieben oder Dritten in Pacht gegeben.

Im ersten Falle führt die Anstalt die Haushaltung mit allen ihren Einzelheiten auf eigene Rechnung. Sie besorgt die Kostgebung, die Waschарbeiten und die anderen Bedürfnisse und bestreitet sie aus ihren Mitteln. Die Ausführung geschieht durch Bedienstete des Spitals in dessen Namen. Ein Verwalter oder die Krankenhausschwester führen die Wirtschaft mit dem erforderlichen Hilfspersonal; sie haben für die Kost die Materialien zu beschaffen und dieselben zubereiten zu lassen; sie erhalten dazu entweder vom Arzt Einzelvorschriften oder führen die Verköstigung an der Hand eines „Kostnormale" für die verschiedenen Krankheiten und Verpflegungsklassen aus und empfangen für alles dieses Vorschüsse aus dem Fonds, dessen Verwendung sie der leitenden Stelle zu verrechnen haben.

Bei der Wirtschaft auf Pacht wird dieselbe von einem Dritten, dem sie vertragsmäßig übertragen wurde, auf dessen Rechnung geführt. Die Vergebung erfolgt durch die leitende Stelle entweder nach Gutdünken oder im Weg der Submission und begreift entweder nur die Kost oder auch andere Lieferungen.

Die Selbstverwaltung überwiegt in den württembergischen Krankenhäusern bei weitem, die Pachtform findet sich nur in 14 Krankenhäusern vertreten. Von allen die ökonomische Verwaltung betreffenden Fragen bereitet wohl die größten Schwierigkeiten die Zubereitung der Krankenkost, und es ist eine bekannte Tatsache, daß über nichts so viel geklagt wird wie über diese. Um diesen Klagen tunlichst zu begegnen, empfiehlt sich, wenn nicht ganz besondere Verhältnisse vorliegen, nach den gemachten Erfahrungen die Übernahme

wenigstens des Beköstigungs- und Küchenbetriebes in eigene Verwaltung weit eher, als die Vergebung desselben an Dritte. Die Schwierigkeit der sofortigen Einstellung von Mißständen, andererseits die reichliche Gelegenheit von Reibereien und Klagen aller Art, die Tendenz, möglichst billig und dadurch minderwertig zu liefern, läßt die Besorgung der Küchengeschäfte durch nicht direkt der Verwaltung unterstellte Personen als die ungünstigere Form der Verwaltung ohne weiteres erkennen. Freilich ist es auch bei der Selbstverwaltung durchaus notwendig, daß die Aufsicht eine sehr straffe ist, und man hat, namentlich bei Krankenhäusern, in welchen nicht nur Schwestern, sondern ein Hausmeister und seine Angehörigen den Haushalt führen, schon wiederholt die Erfahrung gemacht, daß die zur Krankenkost zur Verfügung stehenden Mittel nicht bestimmungsgemäß verwendet werden und daß ein solcher Betrieb möglichst auf Ersparnisse in die eigene Tasche abzielt.

Die Schwierigkeiten der Verköstigung in einem Krankenhaus ergeben sich von selbst, wenn man bedenkt, daß es sich darum handelt, Personen mit den verschiedensten Ernährungs- und Kräftezuständen und den verschiedensten Krankheitsformen eine entsprechende Ernährung angedeihen zu lassen. Es liegt auf der Hand, daß z. B. Rekonvaleszenten von schweren Krankheiten durchweg anders ernährt werden müssen, als ein Kranker mit einfachem Knochenbruch, und es erscheint daher die Forderung der Ärzte durchaus begründet, daß die Diätverschreibung nicht Sache der ökonomischen Verwaltung, sondern des Arztes ist. Hieraus ergibt sich einerseits die Notwendigkeit für einen größeren Betrieb, daß dem Arzt die Verpflichtung auferlegt wird, sich an bestimmte Kostformen zu halten, andererseits, daß demselben die Möglichkeit gegeben ist, innerhalb dieser Kostform nach freiestem Ermessen zu verfügen.

Es werden für die Krankenhäuser gewöhnlich vier Kostformen aufgestellt:

Form I für schwer Fiebernde	nur flüssige Nahrung
Form II für leicht Fiebernde und Kranke mit leichten Verdauungsstörungen	flüssige Nahrung mit etwas Fleisch und leichtem Gemüse
Form III für Genesende	leichte gemischte Nahrung
Form IV für Kranke mit gesunder Verdauung, äußerlich Kranke usw.	gewöhnliche Hausmannskost.

Daneben sind Extrazulagen zu allen Formen gestattet.

Die Kostordnung gibt Bestimmungen über die Zahl der Mahlzeiten am Tage, Größe der Einzelportionen, den Inhalt der genannten Kostformen und die Regelung der Zusätze und Extraverschreibungen. Kostordnungen und -formen finden sich in Württemberg nur bei den neueren und größten Krankenhäusern. Es ist dies, von den kleineren Krankenanstalten, bei denen sich die Einzelverordnung des Arztes leichter durchführen läßt, abgesehen, eine um so auffallendere Tatsache, als es ohne weiteres einleuchtet, daß die Regelung des Beköstigungswesens auf dieser Grundlage nicht nur eine Erleichterung für den Arzt und das Pflegepersonal bedeutet, sondern vor allem dem Kranken eine sachgemäße Ernährung gewährleistet.

Eine wertvolle Unterstützung für den Betrieb des Krankenhauses bieten die Hausordnungen für die Anstaltsinsassen, welche sich in den neueren Bezirkskrankenhäusern und den größeren städtischen Spitälern vorfinden; sie enthalten Bestimmungen über die Zulässigkeit von Besuchen und Ausgängen der Rekonvaleszenten, Verbot des Tabakrauchens, des Zutragens von Speisen durch Dritte, über das Verhalten der Kranken dem Pflegepersonal gegenüber, über die Unterhaltung mit anderen Kranken und die möglichen Folgen der Nichtbeachtung dieser Vorschriften.

Von besonderer Bedeutung ist die Regelung der Aufnahme und Entlassung von Kranken.

Um in einem Krankenhaus Aufnahme zu finden, bedarf es einerseits des Nachweises der durch Krankheit bedingten Notwendigkeit der Aufnahme — eine Voraussetzung, über welche lediglich der Arzt entscheidet — und andererseits des Nachweises der Begleichung der entstandenen Kosten. In letzterer Hinsicht ist bei der heutigen Bedeutung des allgemeinen Krankenhauses als einer im Interesse der allgemeinen Gesundheits- und Wohlfahrtspflege gegründeten und von weitherzigen sozialen Gesichtspunkten aus zu leitenden Anstalt daran festzuhalten, daß bei der Entscheidung über die Aufnahme eines Kranken, zumal wenn Gefahr im Verzug liegt, die Kostenfrage nicht allzusehr in den Vordergrund gestellt wird. Überdies ist diese Frage bei der Aufnahme Kranker jetzt nur mehr bei einem kleinen, jährlich immer kleiner werdenden Teil von Aufnahmegesuchen von entscheidender Bedeutung. Die heutigen Einrichtungen der Krankenkassenzugehörigkeit der meisten Pfleglinge, die Verpflichtung der zuständigen Gemeinde oder des in Frage kommenden größeren kommunalen Verbands, ferner eigene Mittel, Freistellen und Unterstützungseinrichtungen anderer Art sprechen heutzutage bei der Aufnahme viel mehr mit als früher. Bei unserem heutigen verfeinerten sozialen Gewissen werden wir bei den Kranken, die gerade die Ärmsten und vom Schicksal am härtesten Betroffenen sind, die Aufnahme befürworten, auch wenn die Krankenhausbedürftigkeit und die Möglichkeit eines Ersatzes der Kosten auch nur einigermaßen wahrscheinlich gemacht wird. Keinesfalls sollte, bevor der Arzt die betreffende Person gesehen hat, die Aufnahme lediglich deswegen zurückgewiesen werden, weil die erforderlichen Ausweise über die Kassenzugehörigkeit nicht sofort beigebracht werden können, zumal wenn der Aufzunehmende augenschein-

lich der arbeitenden Klasse angehört — ein Fall, der bedauerlicherweise immer wiederkehrt. Eine verständige soziale Fürsorge sollte hier den Aktenformalismus zurückdrängen.

Die administrativen Aufnahmeförmlichkeiten werden in der Regel von dem Krankenhausverwalter oder der Krankenschwester, in den großen Krankenhäusern von einem besonderen Bureau erledigt; sie sollten mit Takt und nicht im Beisein vieler anderer Aufnahmesuchender erfolgen, da anderenfalls die Wahrheit der Angaben leidet.

Die Aufnahme selbst erfolgt in den meisten Krankenhäusern in einer von drei Klassen:

Klasse I gibt ein besonderes Zimmer mit einem Bett,
Klasse II ein Zimmer mit zwei, drei oder vier Betten,
Klasse III verpflegt die Kranken in größeren Räumen und Sälen.

In der Regel sind, wenn nicht eine schriftliche Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse, einer Armenverwaltung oder einer Behörde vorliegt, die Verpflegungskosten für einen Monat vorauszubezahlen.

Der Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ist allein von dem ärztlichen Urteil abhängig zu machen. Auch die Entfernung aus Gründen der Disziplin, bei Verstößen gegen die Hausordnung, bei Ungehorsam gegen Beamte, Pflegerinnen usw. sollte nur nach Rücksprache mit dem Arzt geschehen. Bei Entlassungen gegen den Willen des Kranken sind Härten zu vermeiden; beim Austritt aus dem Krankenhaus gegen den Rat des Arztes empfiehlt es sich, zur Vermeidung nachträglicher, namentlich gerichtlicher Schwierigkeiten einen Revers zu fordern, in dem der Austritt auf eigene Verantwortung bescheinigt wird.

XI. Die Kosten der Errichtung und des Betriebs der Krankenhäuser.

Die finanzielle Bedeutung der Krankenhausfürsorge mag daraus ermessen werden, daß ein Anlagekapital von mindestens 14 Millionen Mark für die Erstellung und die Einrichtung der Krankenhäuser aufgewendet wurde, wenn man nur den geringen Betrag von 2000 Mk. für die Herstellung eines Bettes in Rechnung nimmt. Was sodann die Betriebskosten betrifft, so kann man annehmen, daß jährlich etwa $2^1/_2$ Millionen Mark ohne Verzinsung des Anlagekapitals zur Unterhaltung des Betriebs der Krankenhäuser ausgegeben werden.

Bei den neueren Krankenhäusern beliefen sich die Bau- und Einrichtungskosten weit höher; auf ein Bett entfallen z. B. bei den neuen Bezirkskrankenhäusern Nagold 5000 Mk., Leutkirch 3600 Mk., Winnenden 3500 Mk., Herrenberg 2800 Mk., Künzelsau 2550 Mk. und Böblingen 2400 Mk. Herstellungskosten.

Es ist bereits erwähnt worden, daß sich auch der württembergische Staat neben dem Bau der Universitätskliniken an der Erstellung von Krankenhäusern in der Form von Beiträgen zu den Herstellungskosten beteiligt. Der Grund hierfür ist in der Tatsache gegeben, daß ebenso wie bei den Einrichtungen des Unterrichts- und Bildungswesens auch bei den öffentlichen Krankenanstalten des Landes die allgemeinen staatlichen Interessen mit den speziellen lokalen und kommunalen zusammenfließen, so daß wegen der bestehenden Solidarität der Interessen eine Beteiligung des Staates an den kulturellen Einrichtungen der Kommunen durchaus geboten erscheint.

Es ist seit der Begründung des bzgl. Fonds im Jahre 1863 bis zum Jahre 1902 die stattliche Summe von 570 718

Mark zu Neubauten und größeren Erweiterungsbauten von Krankenhäusern bewilligt worden.

Neben diesen einmaligen Zuwendungen werden vom Staate an einzelne Krankenanstalten vermöge besonderen Rechtstitels oder vermöge der besonderen Bedeutung desselben für das ganze Land auch jährliche Zuschüsse zu den Betriebskosten verwilligt.

Die Beiträge zu den Baukosten werden regelmäßig davon abhängig gemacht, daß die Pläne dem Kgl. Medizinalkollegium zur medezinisch-technischen Begutachtung vor Inangriffnahme der Bauarbeiten vorgelegt werden.[1])

Was nun die Bestreitung der jährlichen Kosten des Krankenhausbetriebes betrifft, so kommt hier in Betracht, daß bei weitem die Mehrzahl der württembergischen Krankenhäuser Einrichtungen der Gemeinden und Amtskörperschaften, gemeinnützige Anstalten sind, bei welchen die Erzielung eines finanziellen Gewinnes nicht bezweckt wird. Die Einnahmen- und Ausgabenverwaltung, die Aufstellung des Etats, die Prüfung der Rechnungen des Krankenhauses, die Aufnahme von Schulden usw. unterliegt denn auch denselben Vorschriften wie andere Teile der Gemeinde- und Amtskorporationswirtschaft, und es folgt aus diesem Rechtsverhältnis von selbst, daß für die Deckung eines Defizits des jährlichen Krankenhausbetriebes die Gemeinden und Amtskorporationen einzustehen haben.

Die Einnahmen der Krankenhäuser setzen sich im wesentlichen aus den zwei Hauptquellen, den Erträgnissen des Vermögens (Kapitalien, Gebäude und Grundstücke) und aus den Verpflegungsgeldern von Privaten und öffentlichen Kassen zusammen. Da nun fast bei sämtlichen Krankenanstalten die Einnahmen aus den Verpflegungsgeldern der Kranken für sich

[1]) Erlaß des Ministeriums des Innern v. 24. 4. 1879 und v. 1. 9. 1890 (Min.-A.-Bl. v. 1879 S. 162 und v. 1890 S. 233).

allein nicht ausreichen, um die Betriebskosten zu decken, so hängt das jährliche finanzielle Ergebnis der Krankenanstalten wesentlich davon ab, ob ein Krankenhaus mit einem mehr oder weniger bedeutenden Vermögen ausgestattet ist. Damit ist von selbst gegeben, daß die älteren mit Stiftungen begabten Spitäler finanziell günstiger gestellt sind, als die neueren Krankenhäuser, soweit nicht die letzteren das Vermögen früherer, nunmehr eingegangener Anstalten ererbt haben oder nicht neuerdings mit Stiftungen oder Vermögenszuwendungen anderer Art dotiert wurden.

Die Verpflegungssätze für die Angehörigen der Versicherungseinrichtungen und die auf Rechnung öffentlicher Kassen aufgenommenen Personen sind gegenüber denjenigen, welche Private zu bezahlen haben, durchweg ermäßigt, im einzelnen jedoch örtlich sehr verschieden. Für die Angehörigen der Krankenkassen schwanken sie zwischen 1 und 2 Mark täglich.

Für die Stuttgarter städtischen Spitäler sind folgende Verpflegungssätze festgesetzt worden. Es zahlen dort

Mitglieder der Stuttgarter Krankenkassen	1,60—1,70 Mk.
Mitglieder auswärtiger Krankenkassen	2,00 Mk.
Mitglieder der Invalidenversicherungsanstalt und der Berufsgenossenschaften	2,00 Mk.
Personen, die auf Rechnung von Gemeinden, Behörden usw. verpflegt werden	1,70—2,00 Mk.
Die im Wege der öffentlichen Armenfürsorge Aufgenommenen	1,40—1,80 Mk.
Die für Rechnung der Landarmenvorstände Aufgenommenen	1,40 Mk.

während Privatkranke für ärztliche Behandlung und Verpflegung täglich 4—8 Mk. zu bezahlen haben. Ähnliche Unterscheidungen bestehen auch bei den anderen Krankenanstalten des Landes.

Die Ausgaben eines Krankenhauses setzen sich aus allgemeinen Verwaltungskosten (Gehalte für den Krankenhausverwalter usw., für Kanzleikosten, für Bücher), aus dem Aufwand auf das Vermögen (Unterhaltung der Bauten und des Materials, Steuern und Abgaben) und aus dem Aufwand für die Kranken zusammen. Letzteres begreift den Gehalt für das ärztliche und das Pflegepersonal, den Aufwand für die Verköstigung der Kranken und für das Personal, die Kosten der Heizung und Beleuchtung und die Ausgaben für die Arzneimittel.

Was die letzteren betrifft, so werden dieselben, abgesehen vom Katharinenhospital Stuttgart, welches in der Gestalt einer Dispensieranstalt eine eigene Apotheke besitzt, bei sämtlichen Krankenhäusern des Landes von den am Sitz derselben befindlichen Apotheken in der Weise bezogen, daß entweder einer oder mehreren Apotheken die ständige Lieferung zuerkannt wird, oder daß ein regelmäßiger Turnus im Bezug der Arzneimittel unter den Apotheken stattfindet. In der Regel wird hierbei der in der Amtlichen Arzneitaxe festgesetzte Rabattsatz von 10—15 Prozent gewährt, bei größeren Krankenhäusern mit erheblichem Umsatz beträgt die Ermäßigung bis zu 25 Prozent (z. B. in Heilbronn).

Was die durchschnittlichen Kosten der Verpflegung eines Kranken pro Tag betrifft, so ergibt sich hierüber folgendes:

Es kostet durchschnittlich die Verpflegung eines Kranken

0.50 bis 1.—	Mk.	bei	22	Krankenhäusern
1.— „ 1.50	„	„	95	„
1.50 „ 2.—	„	„	35	„
2.— „ 2.50	„	„	7	„
mehr als 2.—	„	„	4	„

Die Einnahme- und Ausgabenverhältnisse der Krankenhäuser enthalten im einzelnen keine Besonderheiten. Doch wird es nicht ohne Interesse sein, die Rechnungsergebnisse des

größten der württembergischen Krankenhäuser, des Katharinenhospitals in Stuttgart, mit 660 Betten näher kennen zu lernen:

Es betrugen dort im Jahr

	die Einnahmen	die Ausgaben
1898/99	333 310 Mk. 08 Pfg.	577 636 Mk. 12 Pfg.
1899/00	369 809 „ 73 „	481 888 „ 91 „
1900/01	362 792 „ 25 „	475 318 „ 30 „
1901/02	363 308 „ 06 „	466 673 „ 03 „

somit das Defizit

1898/99	244326 Mk. 04 Pfg.
1899/00	112079 „ 18 „
1900/01	112526 „ 05 „

welches jeweils von der Stadtkasse zu decken war. Es standen hierbei im letzten Jahr den Einnahmen von den Kranken durch Verpflegungsgelder im Betrag von 313879 Mk. 88 Pfg. Ausgaben ausschließlich für die Verpflegung und ärztliche Behandlung der Kranken im Betrag von 357439 Mk. 89 Pfg. gegenüber. Die Mehrbeträge gegenüber den Gesamt-Einnahmen und -Ausgaben sind teils Einnahmen aus dem Vermögen des Spitals, teils allgemeine Verwaltungskosten. Im einzelnen betrugen nach dem Verwaltungsbericht für das Jahr 1903:

Die Kosten der Verwaltung (Verwalter, Kanzleipersonal usw.)	20 501 Mk.
Der Aufwand auf die Gebäude, Dampfkessel usw. . . .	68 501 „
Die Kosten der Neuanschaffung und Unterhaltung des Inventars	25 290 „
Die Kosten für ärztliche Behandlung und Medikamente (11 Ärzte, 47 Diakonissinnen, 5 Diakone, 40 Krankenmägde)	89 600 „
Die Kosten für die Verköstigung der Kranken, und zwar:	
Bedarf an Eis, Mineralwasser, Champagner . .	4 500 „
Krankenwein	24 000 „
Obstmost	3 200 „
Bier	8 500 „
Die Waschkosten	4 660 „
Die Kosten für Heizung und Beleuchtung	50 430 „

XII. Die für die Krankenhäuser maßgebenden Vorschriften.

Nach Art. 4 Ziffer 15 der deutschen Reichsverfassung vom 16. April 1871 sind der Gesetzgebung des Reiches und seiner Beaufsichtigung vorbehalten

Maßregeln der Medizinalpolizei.

Die Gesetzgebung über die Krankenhäuser ist damit wenigstens zum Teil der Kompetenz des Reiches unterstellt. Indessen hat das letztere von dieser Befugnis bis jetzt nur einen sehr untergeordneten Gebrauch gemacht, so daß auf dem Gebiet der Krankenhausfürsorge im wesentlichen die Vorschriften der Einzelstaaten maßgebend sind. Nur bezüglich

1. der Erkrankungs- und Sterblichkeitsstatistik der Heilanstalten besteht in Deutschland ein gleichartiges Verfahren infolge der Bundesratsbeschlüsse vom 24. Okt. 1875 (§ 377 der Protokolle), 30. Nov. 1876 (§ 393 der Protokolle), vom 26. Sept. 1878 (§ 452 der Protokolle) und vom 12. Dez. 1901 (§ 665 der Protokolle). Hiernach ist in allen Bundesstaaten angeordnet, daß von sämtlichen Heilanstalten zu Beginn des neuen Jahres über die Verhältnisse des vergangenen Jahres nach bestimmtem einheitlichen Formular an das Reichsgesundheitsamt Bericht erstattet werden soll.[1])

2. Sodann enthält die Reichsgewerbeordnung einige Bestimmungen über die Privatkrankenhäuser:

Nach § 30 bedürfen Private zum Betrieb von Krankenhäusern einer Konzession der höheren Verwaltungsbehörde (in Württemberg der Kreisregierungen). Die Erteilung derselben ist von der Zuverlässigkeit des Unternehmers in der Leitung und Verwaltung der Anstalt und davon abhängig,

[1]) Für Württemberg Verfügung des K. statist. Landesamts vom 12. Januar 1876.

daß die baulichen und technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen entsprechen.

Aus der Unterstellung unter die Gewerbeordnung ergibt sich, daß sich die Vorschrift des § 30 der Gewerbeordnung einerseits nicht auf Anstalten bezieht, welche von öffentlichen Korporationen (des Staats, der Gemeinde, Amtskörperschaft, öffentlichen Stiftungen, öffentlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) zur Erfüllung ihrer Korporationszwecke unterhalten werden, und andererseits nicht auf solche Privatkrankenanstalten Anwendung findet, welche nicht gewerbsmäßig betrieben werden, also nicht auf solche, welche lediglich den Charakter von Wohltätigkeitsanstalten tragen. Dies gilt namentlich von den Krankenanstalten der kirchlichen Orden und der Kongregationen. Aus dieser Rechtslage folgt jedoch nicht, daß die nicht unter § 30 der Gewerbeordnung fallenden öffentlichen Krankenanstalten der geistlichen Orden der Einwirkung des Staates völlig entzogen sind; derselbe übt vielmehr, wie bereits oben dargestellt wurde, auch gegenüber diesen ein Aufsichtsrecht aus und hat insbesondere auch hinsichtlich der Errichtung und Aufhebung derselben aus polizeilichen Gesichtspunkten entscheidenden Einfluß.

3. Endlich ist sämtlichen Krankenanstalten durch § 27 der Gewerbeordnung staatlicher Schutz vor lärmenden Gewerben verliehen, insofern die Errichtung und Verlegung solcher Gewerbe untersagt werden kann, wenn die bestimmungsmäßige Benützung der Krankenhäuser durch dieselben eine erhebliche Störung erleiden würde.

Weitere spezielle die Krankenhäuser betreffende Vorschriften sind seitens des Reiches nicht ergangen, dagegen sind vereinzelte Bestimmungen über die Krankenhäuser noch in einer Reihe von Reichsgesetzen enthalten; dieselben werden nachstehend im Zusammenhang mit anderen Vorschriften erwähnt werden.

Im allgemeinen sind auch die in Württemberg über Krankenhäuser erlassenen Vorschriften äußerst spärlich.

Es besteht, wie wir gesehen haben, was die Anlage, den Bau und die Einrichtung der Krankenanstalten betrifft, lediglich die Bestimmung, daß zur Prüfung der bei der Einrichtung derselben zu beachtenden polizeilichen Erfordernisse die Baupläne beim Medizinalkollegium einzureichen sind, falls auf Verwilligung eines Staatsbeitrages gerechnet werden will. Ist letzteres nicht der Fall, so entzieht sich die Wahl des Platzes für das Krankenhaus, die Bestimmung seiner Anlage und seiner Einrichtung in der Regel der Einwirkung der Regierung.

Im Gegensatz hierzu sind in anderen Staaten, z. B. in Preußen,[1]) detaillierte Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung der Krankenhäuser erlassen worden. Es wird hier zwischen großen Anstalten mit mehr als 150 Betten, mittleren von 150—50 Betten und kleineren mit weniger als 50 Betten unterschieden und je nach der Größe der Krankenhäuser das Maß der zu stellenden Anforderungen bemessen. Es besteht die Vorschrift, daß in jeder Krankenanstalt für jede Abteilung oder jedes Geschoß mindestens ein geeigneter Tageraum für zeitweise nicht bettlägerige in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden, dessen Größe auf mindestens 2 Quadratmeter für den Kranken zu bemessen ist. Außerdem muß ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von mindestens 60 qm Fläche für jedes Krankenbett vorhanden sein und für je 30 Betten ein Bad zur Verfügung stehen. Was die Unterbringung der Kranken betrifft, so müssen männliche und weibliche Kranke, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren, in getrennten Räumen, bei großen und mittleren Kranken-

[1]) Preuß. Min.-Erlaß vom 19. 8. 1895.

anstalten außerdem in räumlich getrennten Abteilungen untergebracht werden.

Hinsichtlich des Betriebes, der Verwaltung und der Rechtsverhältnisse der Krankenhäuser kommen folgende Bestimmungen in Betracht:

Nach § 3 der Verfügung des Ministeriums des Innern vom 28. April 1888 betreffend die polizeilichen Maßregeln beim Ausbruch der Menschenpocken ist an allen Orten mit Krankenhäusern, welche eine vollständige Absonderung ansteckender Kranker ermöglichen, darauf zu dringen, daß jedenfalls die ersten zur Anzeige gelangenden Krankheitsfälle, wenn aber irgend möglich alle Pockenkranken in das Krankenhaus verbracht und dort isoliert werden. In Bezirken, welche Bezirkskrankenhäuser besitzen, sind die Pockenkranken möglichst auch aus den Amtsorten in die Isolierräume derselben zu verbringen.

In ähnlicher Weise ist in § 14 des Reichsgesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 bestimmt worden, daß die Überführung eines an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken leidenden Kranken in ein Krankenhaus angeordnet werden kann, wenn auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die notwendigen Absonderungseinrichtungen nicht getroffen werden. Hinsichtlich des Verfügungsrechts des Staates und der Polizeibehörden über die Krankenhäuser kommt dabei das oben Abschnitt 9 Gesagte in Betracht.

In den zur Ausführung dieses Gesetzes erlassenen Bestimmungen (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 21. Febr. 1904 Reichsgesetzblatt S. 67) ist sodann die Anordnung getroffen worden, daß für die Maßnahmen im Eisenbahnverkehr beim Auftreten der Cholera usw. ein Verzeichnis derjenigen Krankenhäuser anzulegen ist, welche an Bahnstationen liegen und sich zur Aufnahme dieser Kranken eignen.

Ein Verzeichnis dieser Stationen ist von jedem Führer eines Personenzuges bei sich zu tragen.

Sodann mag erwähnt werden, daß durch § 20 des Gesetzes über die gemeingefährlichen Krankheiten und § 8 des Gesetzes über die Beurkundung des Personenstandes vom 6. Februar 1875 an Stelle der Haushaltungsvorstände den Vorstehern der Krankenhäuser die Pflicht zur Erstattung der bezüglichen Anzeigen auferlegt wurde.

Von den württembergischen Vorschriften enthalten wichtige Bestimmungen die Erlasse des Ministeriums des Innern vom 19. Januar 1892 und vom 19. November 1904. Dieselben betreffen die Bekämpfung der Lungentuberkulose in den Krankenhäusern und schreiben neben der Einführung von Desinfektionseinrichtungen aller Art eine Absonderung der Kranken, sei es in eigenen Krankenhäusern, sei es in besonderen Räumen oder besonderen Abteilungen, welche baulich getrennt und als Sanatorien einzurichten sind, vor.

Bemerkenswerte Bestimmungen enthalten ferner die Erlasse des Ministeriums des Innern vom 5. Juni 1873 und vom 28. Januar 1904. Dieselben ordnen an, daß die in einer Anzahl von Krankenhäusern des Landes bestehende Bestimmung, wonach Personen, welche an selbstverschuldeten Übeln leiden, insbesondere Geschlechtskranke, eine Aufnahme nicht finden sollen — eine Bestimmung, welche notwendig zur Verheimlichung und Verschleppung dieser ansteckenden Krankheiten führen muß —, aufgehoben wird. Die Notwendigkeit der Aufnahme auch dieser Kranker in das Krankenhaus ist neuerdings dadurch besonders hervorgetreten, daß durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903 der reichsgesetzliche Anspruch auf Krankenunterstützung auf Geschlechtskranke ausgedehnt wurde. Da eine Verpflichtung zur Aufnahme dieser Kranken nur gegenüber den Gemeinde- und Bezirkskrankenhäusern ausgesprochen werden kann, sind

auch heute noch einige Anstalten (z. B. das Krankenhaus der Diakonissenanstalt Stuttgart, das Ludwigsspital und das Karl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart) vorhanden, in deren Statuten sich noch eine diesbezügliche Ausnahmebestimmung vorfindet.

Schließlich ist noch anzuführen, daß die Eisenbahnverkehrsordnung vom 26. Okt. 1899 (Reichsgesetzblatt S. 557) Preisermäßigungen für Reisen zum Zweck der Aufnahme in einem Krankenhaus eingeführt hat, in der Weise, daß mittellosen Kranken die Fahrt III. Kl. in allen Zügen zum Militärfahrpreis gestattet ist, und daß die württembergische Eisenbahnverwaltung einen Eisenbahn-Krankenwagen eingerichtet hat, welcher auf Bestellung von jedermann gegen Lösung von 12 Fahrkarten I. Kl. zu ausschließlicher Benutzung angefordert werden kann.

Bestimmungen über die Leitung und den Betrieb der Krankenanstalten insgesamt, über die Anstellung von Krankenhausärzten und deren Dienstpflichten, über ärztliche Versuche und Operationen an Menschen in den Krankenanstalten fehlen bis jetzt in Württemberg. In Preußen sind durch den Min.-Erlaß vom 8. Mai 1901 zu einer einheitlichen und gesamten Regelung der Betriebsverhältnisse der Krankenhäuser die erforderlichen Schritte erfolgt. Bei der Mannigfaltigkeit der Betriebsformen unserer Krankenhäuser dürfte sich auch für Württemberg die Erlassung grundlegender und einheitlicher Vorschriften sowohl über die Anlage als den Betrieb der Krankenhäuser, eine Kodifizierung der Rechte und Pflichten der Krankenhausverwaltungen gegenüber dem Staat und der Allgemeinheit umsomehr empfehlen, als sich, wie wir gesehen haben, gegenüber den nichtöffentlichen Krankenhäusern die lediglich auf das Oberaufsichtsrecht des Staats zu stützenden Anordnungen im Einzelfalle sehr schwer durchführen lassen.

Spezialdruckerei für Dissertationen, Robert Noske, Borna-Leipzig.